

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 165

DOULEURS EXAGÉRÉES

PENDANT LE TRAVAIL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 juillet 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marius DEGAUD

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Bougé-Chambalud (Isère), le 19 novembre 1877.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1904

DOULEURS EXAGÉRÉES

PENDANT LE TRAVAIL

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 165

DOULEURS EXAGÉRÉES

PENDANT LE TRAVAIL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 juillet 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marius DEGAUD

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Bougé-Chambalud (Isère), le 19 novembre 1877.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		X...
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale.		TRAPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYEN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique.	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SIRAUD.	MM. BÉRARD.	MM. VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.)	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. H. SOULIER, *Président* ; SIRAUD, *Assesseur* ;

MM. FABRE et CHATIN, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE AINÉ

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur SOULIER

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ

A Monsieur le Professeur agrégé FABRE

ACCOCHEUR DES HÔPITAUX

INTRODUCTION

Nous profitons de l'occasion qui nous est offerte par la publication de ce modeste travail pour adresser à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux le respectueux hommage de notre gratitude.

Cet hommage va plus particulièrement aux maîtres de nos deux années d'externat : M. Jaboulay, chirurgien des hôpitaux, professeur de clinique chirurgicale ; M. Vincent, ex-chirurgien des hôpitaux ; MM. Garel et Bret, médecins des hôpitaux. Ils nous ont donné le meilleur enseignement, celui de la clinique.

Nous avons à cœur de remercier M. le professeur agrégé Fabre, accoucheur des hôpitaux qui a bien voulu nous accueillir comme externe suppléant dans son service à la clinique d'accouchements de la Charité : c'est lui qui nous a indiqué le sujet de notre thèse et nous a guidé de ses conseils tout en mettant à notre disposition la collection incomparable formée par les observations de tous les accouchements effectués à la clinique de la Charité depuis plus de quinze ans et relatés sous la direction éminente de Fochier.

C'est parmi ces observations que nous avons recherché les cas de douleurs exagérées au moment du travail que l'on trouvera plus loin. Nous avons laissé

de côté les cas où les parturientes n'ont souffert vivement que pendant quelques instants, pour retenir seulement les observations où de violentes souffrances ont été ressenties pendant plusieurs heures et quelquefois même pendant toute la durée du travail.

Sur 11,000 accouchements nous n'avons trouvé qu'une vingtaine d'observations bien caractéristiques de douleurs exagérées : celles-ci sont relativement rares puisqu'elles ne se produisent environ qu'une fois sur cinq cents accouchements.

Avant d'aborder le cœur de notre sujet, nous consacrerons un chapitre à l'étude des douleurs normales afin de pouvoir ensuite préciser plus facilement ce qui constitue et ce qui caractérise l'exagération des douleurs.

Nous ferons ensuite le tableau clinique des douleurs exagérées, nous en classerons les diverses formes et nous essaierons d'en distinguer les causes.

Puis nous examinerons les influences défavorables exercées par ces douleurs, soit sur la marche du travail, soit sur la mère et le fœtus, et nous terminerons par l'étude des moyens thérapeutiques qui doivent être employés dans ces circonstances.

CHAPITRE I

DOULEURS NORMALES

Lorsqu'on assiste à un accouchement naturel, on remarque que la parturiente accuse, à certains moments, des souffrances plus ou moins vives, se produisant à intervalles réguliers et se manifestant objectivement par des contorsions, des plaintes, des gémissements ou des cris.

Ces phénomènes douloureux apparaissent dès le début du travail et se prolongent jusqu'à ce que l'enfant soit expulsé : ce sont les douleurs du travail.

Ces douleurs présentent des caractères bien tranchés, qui leur sont particuliers et qui sont en rapport avec leur intensité et leur siège.

Caractères des douleurs normales

INTENSITÉ. — Les douleurs varient d'*intensité* avec les différentes périodes de l'accouchement.

Tout à fait au début du travail, lorsque le col commence à s'effacer, elles sont courtes et légères, rappelant celles qui accompagnent la menstruation ou bien la sensation désagréable produite par les piqûres de mouches : ce sont les douleurs *initiales*.

Au fur et à mesure que le col se dilate, les douleurs deviennent plus vives et revêtent un caractère spécial d'angoisse et d'impatience : ce sont les douleurs *préparantes*.

Elles correspondent à l'excitation des nerfs du col violenté (système ganglionnaire), or, d'après Charles Richet (1), « lorsque l'excitation vient des organes innervés par le grand sympathique, comme c'est le cas pour l'utérus au moment du travail, la douleur a deux caractères principaux, sa diffusion et l'anxiété générale qui l'accompagne. »

Les parturientes poussent des cris plaintifs ou perçants et se désolent d'autant plus qu'elles n'ont pas conscience des progrès du travail et s'imaginent fréquemment souffrir en pure perte. D'après Campbell (2) « la période la plus douloureuse, peut être, sinon la plus longue de toute la parturition est celle où la dilatation de l'orifice utérin étant tout à fait ou à peu près complète, l'extrémité de l'ovoïde fœtal qui se présente commence à s'y engager et tend à le franchir. »

En somme, ce qui domine dans cette période, c'est l'impatience et l'agitation qui, dans certains cas, comme nous le verrons plus loin, peuvent aboutir à des crises nerveuses ou même à des accès de délire maniaque passager.

A la période d'expulsion, au contraire, ce sont les nerfs de la vie de relation qui sont impressionnés : la

(1) Charles Richet, *Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité*. Th. Paris, 1877.

(2) C.-J. Campbell, *Mémoires sur l'anesthésie obstétricale*.

sensation de traumatisme est plus intense et les douleurs sont plus localisées, plus vives qu'à la période de dilatation : ce sont les douleurs *expultrices*.

Généralement elles sont mieux supportées que les douleurs préparantes parce que l'effort entre en jeu.

En effet, les femmes peuvent « aider » leur douleur par la contraction des muscles abdominaux, elles sentent que le travail progresse, que l'enfant se porte de plus en plus vers l'orifice vulvaire, et il n'est pas rare de voir des malades, très excitables jusque-là, devenir dociles et aider par leurs efforts à l'impulsion utérine.

Enfin, au moment où la tête franchit l'orifice vulvaire les douleurs sont très vives et presque continues pendant quelques instants : ce sont les douleurs *con-*
cassantes. Il peut y avoir un peu d'agitation nerveuse si le dégagement ne se fait pas rapidement et c'est par des cris parfois déchirants que les parturientes témoignent et de leur douleur et de leur impatience d'en finir.

SIÈGE. — Le *siège* des douleurs varie suivant les périodes du travail. Au début de la dilatation elles sont localisées dans les régions latérales de l'utérus, puis elles s'irradient en ceinture vers la région pelvienne et dans le bas-ventre au-dessus des pubis sur une hauteur variable de deux à trois centimètres au-dessus de la symphise et sur une largeur égale environ à celle d'une main.

Les parturientes en rapportent le trajet ou le siège

à des organes situés en dehors de la région utérine proprement dite, laquelle, tout en restant comme le foyer central des contractions douloureuses, semble se transmettre à des régions plus ou moins éloignées.

Dans certains cas, les douleurs siègent dans les régions lombaire et sacrée; elles sont alors particulièrement pénibles: le plus souvent, elles disparaissent à la fin de la période de dilatation pour faire place aux douleurs expultrices mieux supportées.

CAUSES. — A quoi sont dues les douleurs ?

Mattei les attribue à la pression de la paroi utérine contre la colonne vertébrale; Beau, à de la névralgie lombo-abdominale comparable à celle qui accompagne les affections utérines. Pour M^{me} Boivin, la distension des bords de l'orifice utérin est la cause presque exclusive des douleurs.

Il faut invoquer aussi la distension du périnée, du vagin et de la vulve, la compression des nerfs de l'utérus et des nerfs et des organes pelviens: ainsi s'expliquent les irradiations douloureuses le long du crural et du sciatique.

Pour Auvard, Tarnier et Chantreuil, ces douleurs sont de véritables *coliques utérines*. « En effet, la sensation douloureuse qui accompagne les contractions utérines n'est pas un fait isolé dans l'organisme. Toutes les contractions involontaires, quel que soit l'organe dans lequel elles se produisent, sont accompagnées de douleur. C'est là une loi de physiologie pathologique qui s'applique à l'utérus

comme aux autres organes. Nous croyons donc que les douleurs de l'enfantement naissent dans les parois utérines comme les coliques intestinales dans les parois de l'intestin (1). »

La cause la plus importante des « douleurs » du travail réside donc dans la *contraction utérine*.

En effet, tout l'utérus est douloureux pendant la contraction utérine ; aussi, à ce moment, la palpation est pénible à la femme, on sent la matrice dure et tendue qui s'allonge et se place en antéversion.

D'autre part, dans les accouchements naturels, il n'y a absolument pas de douleur dans l'intervalle des contractions : tant que l'utérus se contracte, la parturiente souffre plus ou moins vivement, mais, du moins, lorsque le muscle utérin est au repos, elle a quelques instants de répit qui lui permettent de reprendre courage et de rassembler ses forces pour affronter de nouvelles douleurs.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et nous verrons plus loin que, dans certains cas anormaux, la douleur persiste dans l'intervalle des contractions.

Normalement, la douleur est donc intimement liée à la contraction utérine, si bien que, dans le langage courant, ces deux termes sont devenus synonymes : l'expression *la femme a des douleurs (est en travail)*, est journellement employée par des personnes étrangères à l'art médical et par les accoucheurs eux-mêmes.

(1) Tarnier et Chantreuil, *Traité de l'art des accouchements*.

Par conséquent, il est nécessaire, pour bien connaître les douleurs, d'étudier les contractions utérines qui les provoquent.

Étude de la contraction utérine.

NATURE DE LA CONTRACTION UTÉRINE. — Heddæus, Spiegelberg, Keiffer, Schatz, von Winckel (1), estiment que c'est par péristaltisme. Spiegelberg (2), prétend que la contraction débute dans le fond de l'utérus (expérience faite à l'aide d'un courant électrique sur une décapitée de 26 ans, quinze minutes après la mort). Schatz (3), pour affirmer les mouvements péristaltiques, se base sur ses observations manométriques. Werth (4), ayant introduit la main dans l'utérus aussitôt après l'expulsion du fœtus, sentit la portion inférieure se contracter tandis que le fond restait mou : la contraction se dirigea ensuite vers le fond pendant que le col devenait mou. Kéhrer et Jastreboff (5), se basant sur l'observation de l'utérus du lapin, représentent les mouvements péristaltiques comme des zones de contraction annulaire qui se propagent de l'orifice utérin au fond et qui reviennent ensuite.

Malheureusement, la forme sphérique de l'utérus et l'extrême rapidité des mouvements péristaltiques ne permet pas à la main d'en percevoir l'impression à travers la paroi abdominale.

(1) F. von Winckel, *Handbuch der Geburtshülfe*, 1904.

(2) Spiegelberg, *Zeitschr. f. rat. Med. III Reihe, Bd. II*, 1858.

(3) Schatz, *Wehenexperimente. Arch. f. Gyn.* 27.

(4) Werth, *Müllers Hand. d. Geburtsh.*

(5) Jastreboff, *Arch. f. Anat. u. phys.*, 1884.

D'ailleurs Ahlfeld (1) n'a jamais vu, dans les opérations césariennes, de contractions péristaltiques spontanées.

Werth n'a pu en voir qu'une seule fois au moment où l'enfant fut extrait de l'utérus : dans tous les autres cas il n'a observé qu'une contraction en masse de tout l'organe après l'enlèvement de la ligature élastique ou sur l'organe excisé.

Ahlfeld, Cohnstein (2), Schæffer (3) se prononcent pour une contraction en masse et simultanée de tout l'organe.

Quoi qu'il en soit de la nature intime de la contraction utérine, celle-ci développe une certaine *force* qui varie de 1 à 20 kilogrammes et peut être évaluée en moyenne à 10 kilogrammes. Poppel, Ribemont et Duncan l'ont étudiée indirectement en évaluant la résistance de membranes ovulaires, Schatz et Pouillet directement par l'emploi d'appareils spéciaux (toco-dynamomètres, tocographes).

Sous quelle influence se produit la contraction utérine?

On admet généralement que c'est un *réflexe* le fœtus étant l'excitant et la moelle lombaire le centre de ce réflexe (4).

En effet, la section de la moelle dorsale chez les chiennes pleines n'empêche pas la parturition non plus que l'anesthésie chloroformique et le coma éclam-

(1) Ahlfeld, *Arch. f. Gyn.* II u. V.

(2) *Arch. f. Gyn.* 18.

(3) Schæffer, *Experimente über Wehenhæftigkeit*, Berlin, 1896.

(4) Viault et Jolyet, *Traité de physiologie humaine*.

tique chez la femme. D'autre part, la nature réflexe de ces contractions est bien mise en évidence par l'influence des excitations appliquées à l'intérieur de l'utérus ou à sa surface. C'est ainsi que l'excitation de la caduque par une sonde insinuée entre les membranes et le corps utérin ou l'excitation du col par le tamponnement de son orifice externe ou par l'introduction d'un ballon à son intérieur, provoquent des contractions utérines douloureuses aussi bien que la friction et le pincement de l'utérus à travers la paroi abdominale.

Comme tous les autres ce réflexe peut-être inhibé par certaines influences.

Ainsi, chez bon nombre de femmes, on voit des contractions très vives et très régulières jusqu'à l'arrivée de l'accoucheur, se ralentir, se suspendre même pendant quelque temps du fait seul de sa présence. D'autres fois la perspective imminente d'une intervention semble accélérer les contractions au point qu'après une assez longue période d'inertie on voit la contraction se réveiller brusquement et l'accouchement se terminer seul et rapidement.

Les contractions utérines sont donc *indépendantes de la volonté*. Sage précaution de la nature, car beaucoup de femmes n'accoucheraient jamais si elles pouvaient empêcher les contractions utérines et par suite éviter la douleur qui les accompagne.

RYTHME. — Les contractions utérines sont *intermittentes*, c'est même un de leurs principaux caractères. Elles sont nettement séparées les unes des autres par des intervalles de repos très nets.

D'après Westermarck (1) ces intervalles de repos (*Pausen*) sont en moyenne de 2 minutes 12 secondes, ou bien de 1 minute $\frac{3}{4}$ à 7 minutes $\frac{3}{4}$ pour le maximum et de 10 secondes à 1 minute $\frac{3}{4}$ pour le minimum.

D'après Schæffer (2) cette durée est en moyenne de 1 minute 49 secondes dans la première moitié de la période de dilatation, de 2 minutes 10 secondes à la fin de cette période, de 1 minute 50 secondes, dans la première moitié de la période d'expulsion et de 1 minute $\frac{1}{2}$ à la fin de cette même période.

Ces intervalles nous paraissent un peu trop courts : voici quelle est leur durée d'après Auvard (3).

Au début du travail, les contractions apparaissent toutes les 20 minutes (*douleurs initiales*) ; ensuite, à mesure que le travail progresse, elles se produisent toutes les 10 minutes (*douleurs préparantes*), puis toutes les cinq minutes (*douleurs expultrices*). Quant aux douleurs *concassantes*, elles sont à peu près continues et durent le temps que la tête met à franchir la vulve distendue au maximum.

Comme nous l'avons dit plus haut, ces intervalles, à l'état normal, sont absolument indolores dans la grande majorité des cas.

DURÉE. — La durée moyenne de chaque douleur est pour Schatz (4) de 60 à 90 secondes, pour Wes-

(1) Westermarck, *Skand. Arch. f. Phys.*

(2) Schæffer, *loc. cit.*

(3) Auvard, *Traité pratique d'accouchements*.

(4) Schatz, *loc. cit.*

termark (1) de 69 secondes ; pour Schæffer (2) elle est de 70 secondes dans la première partie de la période de dilatation, de 65 secondes dans la deuxième partie de cette période, de 71 secondes 1/2 dans la première moitié de la période d'expulsion et de 77 secondes dans la deuxième partie de cette dernière période.

Si l'on enregistre la contraction utérine, l'examen de la courbe obtenue nous donne les résultats suivants : il y a d'abord une longue ascension ou *stadium incrementi* qui dure de 25 à 30 secondes, puis un maintien de la courbe en plateau à son maximum (acme) qui est peut être de 2 à 29 secondes (de 8 secondes en moyenne), enfin une descente encore plus longue ou *stadium decrementi* qui est de 40 à 45 secondes. (Westermarck.)

La sensation douloureuse n'a pas tout à fait exactement la même durée que la contraction utérine qui la provoque.

Elle n'apparaît que quelques secondes après le début de celle-ci, de telle sorte que, par le palper abdominal ou par le toucher sur la poche des eaux, on peut annoncer une douleur à la parturiente avant que celle-ci en ait eu conscience : le maximum de la douleur correspond à l'acme de la contraction utérine, mais la sensation douloureuse a disparu avant que le muscle utérin soit revenu à son état normal ; la douleur est donc un peu moins longue que la contraction utérine.

(2) Westermarck, *loc. cit.*

(3) Schæffer, *loc. cit.*

Influence de la contraction utérine chez la mère.

Le muscle utérin en se contractant exerce sur les systèmes circulatoire et respiratoire de la mère, ainsi que sur sa température des actions diverses qui ont été minutieusement étudiées surtout par les Allemands.

PRESSIION SANGUINE. — Des recherches récentes effectuées dans les cliniques de Bonn et de Leipzig ont fait constater un accroissement graduel de la *pression sanguine* jusqu'à la fin de la grossesse (1).

Cette pression tombe peu de temps avant le début de l'accouchement (pour Queirel et Reynaud (2) cette chute se produirait à partir du huitième mois). Mais, au début de la période de dilatation, elle augmente à chaque douleur et en même temps que les contractions utérines augmentent d'intensité, la pression sanguine devient également plus considérable.

Cette augmentation persiste dans les intervalles qui séparent les douleurs de telle façon que la pression sanguine totale est plus considérable.

Cette augmentation s'accroît progressivement pendant le travail pour acquérir son maximum pendant la période d'expulsion jusqu'au moment où l'enfant est sorti : à ce moment elle tombe brusquement et d'une façon considérable pour s'accroître de nouveau après l'expulsion du placenta.

(1) V. Winckel, *loc. cit.*

(2) *Frommels Jahresber.* 1901.

POULS. — Ainsi qu'on le conçoit, le *pouls* est augmenté en fréquence et en tension.

Cet excès de tension serait du à l'excitation coordonnée d'un centre vaso-dilatateur des vaisseaux utérins et des centres nerveux cardiaques et vasculaires.

RESPIRATION. — Les respirations sont plus fréquentes chez les parturientes (20,7 pour 18,7 chez les non parturientes); c'est surtout pendant les intervalles non douloureux que cette *fréquence respiratoire* est augmentée; au contraire, elle est diminuée pendant la douleur et cela à mesure que le travail progresse.

Pendant la durée d'une même douleur, V. Winckel a trouvé des différences, à savoir : le paroxysme de la douleur correspond au minimum de la fréquence respiratoire, tandis que l'atténuation de la douleur coïncide avec l'augmentation des mouvements respiratoires; c'est ce que montrent bien les chiffres suivants : 18,9 au début de la douleur, 15,7 au milieu de la douleur et 19,3 à la fin de la douleur.

Il y a même des parturientes qui peuvent avoir jusqu'à 46 et même 68 respirations par minute après une douleur.

Von Winckel a remarqué qu'en moyenne les respirations sont plus fréquentes chez les primipares que chez les multipares.

Il a constaté aussi un parallélisme entre la courbe de la respiration et la température; il en conclut que les aspirations rapides, qui sont la plupart du temps

superficielles, ont pour but de diminuer la température provoquée par la contraction utérine.

En outre, la diminution de la fréquence respiratoire au moment des maxima douloureux de la période de dilatation est causée par l'intensité de la douleur, tandis qu'à la période d'expulsion elle est la conséquence de l'effort.

Chez les primipares, la fréquence plus grande tient à l'effort plus grand nécessité par la résistance des parties molles du bassin.

TEMPÉRATURE. — Tandis que la totalité de la fréquence respiratoire est en général parallèle à la courbe de la *température* du corps, celle-ci fait souvent des oscillations parallèles à la courbe du pouls, c'est-à-dire que pendant une douleur il y a une hausse de 0,025 à 0,05 de degré.

La température moyenne totale est plus élevée de 0,1 à 0,2 de degré chez les parturientes que chez les femmes enceintes.

Elle augmente avec la durée de l'accouchement de telle façon qu'elle est physiologiquement plus considérable chez les primipares que chez les multipares, et que, dans des conditions défavorables, elle peut atteindre 38° et plus. Elle serait même plus forte, si l'augmentation de la fréquence respiratoire, de la diurèse, de la diaphorèse, de la perspiration, jointe à l'hyperhémie n'aboutissaient à un refroidissement notable du corps de la parturiente.

D'après Schröder (1) la température utérine est de

(1) Schröder, *Virchow's Arch*, 35.

0,093 de degré plus élevée pendant le travail que pendant la grossesse.

Frankenhaüser (1) et Hennig (2) ont trouvé que la température moyenne de l'utérus variait de 0,02 à 0,10 de degré entre les douleurs et les intervalles de repos (Pause).

Frankenhaüser a observé des variations correspondantes de la température axillaire pendant les douleurs ; il a découvert dans le plexus aortique un nerf dépresseur dont l'excitation centrifuge provoque une chute de pression dans les vaisseaux utérins ainsi que des contractions utérines : l'excitation centripète des nerfs sacrés provoque un phénomène semblable.

L'hyperhémie qui se produit dans les douleurs peut donc expliquer cette élévation de température.

INFLUENCE SUR LE FŒTUS. — La contraction utérine agit nettement sur le fœtus ainsi qu'on s'en rend compte par l'auscultation des pulsations fœtales. Leur fréquence s'exagère momentanément au début de la contraction, puis diminue parfois à un degré suffisant pour que, durant quelques instants, l'oreille ne perçoive plus aucun bruit.

On conçoit facilement que, si les contractions utérines sont trop intenses et subintrantes, il puisse y avoir des troubles graves de la circulation utéro-placentaire lesquels peuvent aboutir à la mort de l'enfant : c'est que nous verrons plus loin dans certains cas de douleurs exagérées.

(1) Frankenhaüser, *Jen. Zeitschr. f. med. und nat. Wiss*, I, 1864.

(2) Hennig, *Arch. f. Gynec*, XII.

En somme, ainsi qu'on a pu le voir dans les pages précédentes, la douleur se calque sur la contraction utérine dont elle est habituellement le complément inéluctable.

Cependant la sensation douloureuse n'a pas toujours une intensité proportionnelle à l'intensité de contraction du muscle utérin. Des contractions absolument normales peuvent n'éveiller qu'une faible souffrance et même être complètement indolores : certains accouchements sont presque *inconscients*.

Auvard raconte qu'une femme ayant commencé dès son réveil la lecture d'un roman attachant, ressentit les premières douleurs vers dix heures, interrompit sa lecture quelques instants seulement à cause du malaise causé par les contractions et ne la cessa qu'un quart d'heure avant l'accouchement qui eut lieu spontanément, sans cris, simplement avec quelques efforts énergiques.

Des cas semblables sont relativement rares et, dans l'immense majorité des cas, les parturientes souffrent pendant le travail : mais elles supportent assez bien leurs souffrances, sans qu'il soit nécessaire d'intervenir autrement que par des conseils et des exhortations à la patience.

Néanmoins nous allons voir que, dans certains accouchements, l'excès de douleur peut constituer une véritable dystocie qui nécessitera nettement l'intervention de l'accoucheur.

CHAPITRE II

DOULEURS EXAGÉRÉES

A. — Tableau clinique.

A côté des privilégiées qui accouchent sans douleur, dit Auvard (1) nous voyons de véritables martyres qui pendant plusieurs heures parfois même plusieurs jours, souffrent à tel point qu'elles réclament la mort comme ultime soulagement et parfois même la recherchent. A la Maternité de Paris, il y a quelques années, une patiente s'est suicidée, en se jetant par la fenêtre, pour se soustraire aux douleurs de l'accouchement.

Le tableau que présente la femme au milieu de ces terribles souffrances est propre à exciter la plus vive pitié.

« La femme tremble de tous ses membres, dit Nœgele d'Heidelberg (2) sa face est brûlante et tout le corps se couvre de sueur, son regard est fixe et hagard, ses traits se décomposent de manière à la rendre méconnaissable. Enfin, l'inquiétude est à son comble : des pleurs, des cris, des lamentations sur-

(1) Auvard, *loc. cit.*

(2) *Lehrbuch der Geburtshülfe.*

viennent, même chez des femmes très fortes et très énergiques : fréquemment leurs expressions, chez des femmes bien élevées, semblent voisines de la folie. Toutes ces choses dénotent la manière violente dont le corps et l'esprit sont atteints.»

D'après Merriman (1), « le pouls augmente graduellement en rapidité et en force, la peau est brûlante, la face devient d'un rouge intense, des gouttes de sueur perlent sur le front, la respiration devient profuse et s'échappe de tout le corps : souvent des frissons violents accompagnent les dernières douleurs et, au moment où la tête franchit la vulve, la douleur est si forte qu'elle semble ne pouvoir plus être endurée. »

Rigsby (2) : « C'est le moment de la plus grande douleur et la femme est parfaitement sauvage (wild and fautie) par suite de ces douleurs : cela ressemble à une espèce de folie. »

Velpeau (3) : « Ces cris perçants, cette agitation si vive, ces efforts excessifs, ces angoisses inexprimables, ces douleurs qui paraissent intolérables, etc. ».

Tyler Smith : « Aucune souffrance humaine ne peut probablement surpasser en intensité cette agonie pérçante de l'accouchement. »

Les pages suivantes que nous empruntons au traité de Cazeaux dépeignent bien ces douleurs exagérées (4).

(1) *Synopsis of parturition*, p. 15.

(2) *System of midwifery*, p. 103.

(3) *Traité des accouchements*, vol. I, p. 449.

(4) Cazeaux, *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 7^e édition, 1867; p. 283.

« La violence des douleurs, dit-il, plonge quelquefois la femme dans la plus vive anxiété, et trouble ses facultés au point qu'on la voit se livrer à des actes de violence envers les personnes qui lui donnent des soins.

« Cette agitation très modérée quand la marche du travail est régulière, devient excessive lorsqu'une cause quelconque vient l'enrayer ou la prolonger outre mesure.

« Chaque douleur débute alors par un tremblement presque convulsif des membres. La face est brûlante, tout le corps se couvre de sueurs, l'œil est fixe et hagard, les traits se décomposent : la malheureuse crie, se lamente, appelle la mort, et supplie qu'on la tue ou qu'on mette immédiatement fin à ses souffrances. Le trouble des facultés intellectuelles déjà assez marqué, est quelquefois complet, et les femmes disent, pendant leur délire, les choses les plus extravagantes.

« J'ai observé deux cas semblables ; presque toujours alors le délire est précédé et s'accompagne d'une grande loquacité, et la douleur est à peine sentie. Après un travail assez prolongé, et après les plus horribles souffrances, j'ai vu une jeune dame cesser tout à coup de se plaindre, prendre un visage riant, et, après quelques phrases incohérentes, chanter à pleine voix le grand air de la *Lucia di Lammermoor*. Je ne saurais exprimer l'effroi que ce chant produisit sur moi et sur tous les assistants. (Une saignée suivie de l'application immédiate du forceps rétablit le calme, et le délire ne s'est pas reproduit.)

« M. Montgomery dit aussi avoir observé des

femmes qui, pendant quelques minutes, déliraient complètement au moment où la tête franchissait l'ouverture de la matrice.

« Ce n'est passeulement quand le travail se prolonge outre mesure qu'on le voit produire un si grand trouble dans l'économie.

« Les mêmes phénomènes ont été aussi observés dans les accouchements très courts lorsque le peu de durée du travail est le résultat de douleurs très vives et très rapprochées. L'excitation cérébrale produite par leur violence peut aller jusqu'à la folie et, dans certains cas, les médecins légistes ont pu trouver dans ce trouble momentané de l'intelligence l'explication d'infanticides que toutes les autres circonstances laissaient inintelligibles. »

Ainsi qu'on le voit, ces douleurs exagérées étaient bien connues des anciens accoucheurs qui les ont décrites avec force détails. Nos observations, pour être plus concises dans la peinture de toutes ces souffrances, n'en sont pas moins concluantes. Nous y relevons même quelques faits intéressants qu'on peut vraisemblablement rapporter à l'excès de la douleur.

En effet, des spasmes obscurs, dus à l'exagération des réflexes douloureux, peuvent siéger en différents viscères, le rein en particulier, si l'on en croit certains auteurs, et produire ainsi des troubles ou des insuffisances de l'excrétion qui ne sont quelquefois que le prélude d'accidents plus graves.

Dans l'observation X, nous remarquons, en effet, que la parturiente qui souffre depuis vingt-quatre heures, présente des flots d'albumine dans les urines.

D'autre part, ainsi que le montre l'observation VIII, on peut observer des spasmes paralytiques de l'intestin ou de l'estomac qui se traduisent par un tympanisme excessif très capable de troubler la marche régulière du travail.

Il résulte du nombre de nos observations que les douleurs exagérées sont relativement rares : nous n'avons pu retrouver qu'une vingtaine de cas bien nets sur onze mille accouchements environ, ce qui fait une moyenne de 1/500.

En effet, nous ne comptons pas comme « douleurs exagérées », les observations où l'on a noté un excès de souffrance ayant duré quelques minutes seulement, au passage de la tête à la vulve, par exemple : nous n'avons recueilli que celles où les parturientes ont souffert vivement pendant plusieurs heures et quelquefois même des journées entières : de pareilles conditions constituent bien une véritable exagération des douleurs.

Néanmoins, cette exagération des douleurs n'est pas la même dans tous les cas : comme la contraction utérine est la principale cause de la douleur de l'accouchement, il est, par conséquent, logique de classer les douleurs exagérées d'après leurs rapports avec les contractions utérines, suivant que celles-ci sont normales ou anormales.

On peut envisager quatre cas :

1^o Contractions utérines normales, mais douleurs anormales : par leur siège, par compressions nerveuses ;

2^o Contractions utérines normales perçues de façon exagérée ;

3° Contractions utérines exagérées provoquant parallèlement l'exagération des douleurs ;

4° Contractions utérines exagérées avec persistance de la douleur dans l'intervalle des contractions.

B. Formes de douleurs exagérées.

I. — Contractions normales avec douleurs anormales.

Dans l'*accouchement par les reins*, les douleurs se font sentir surtout dans les régions lombaires et sacrées. Ces douleurs, excessivement pénibles, n'existent habituellement qu'au début du travail, mais quelquefois elles persistent pendant toute la durée de l'accouchement qu'elles rendent plus douloureux et plus pénible.

De même, les *crampes douloureuses* qui s'irradient quelquefois le long du crural et du sciatique, viennent compliquer les souffrances résultant de la contraction normale du muscle utérin et, par suite, augmenter l'intensité totale de la douleur pendant le travail.

II. — Douleurs produites par des contractions normales mais perçues de façon exagérée.

Ainsi que le montre le tableau clinique des douleurs exagérées, la souffrance occasionnée par la contraction utérine est, dans quelques cas, ressentie d'une façon extrêmement vive par les parturientes.

On constate alors des troubles divers qui portent sur la respiration, la pression sanguine et la température de la mère et qui déterminent aussi une agitation nerveuse souvent inquiétante et difficile à calmer.

Chez certaines femmes névropathes, présentant déjà des stigmates d'hystérie, peuvent éclater des crises nerveuses (1) caractéristiques ou bien à peine ébauchées qui en imposent quelquefois pour la véritable éclampsie ; le diagnostic peut être assez difficile si la parturiente a de l'albumine dans les urines.

Quelquefois même, l'agitation nerveuse est telle qu'elle aboutit, chez des sujets prédisposés, à un délire passager, à un véritable accès de manie aiguë transitoire.

Quoique peu fréquents, ces cas existent et, au point de vue de la forme du délire, on peut, avec Macé, les ranger en deux catégories.

Dans les uns, les actions et les paroles sont d'une égale incohérence ; dans les autres, les actes délirants motivés par les vives douleurs de l'accouchement, se rattachent logiquement à leur point de départ. Ainsi, certaines femmes, au milieu d'un véritable accès de fureur, cherchent à exercer, sur elles-mêmes ou sur l'enfant, des actes de violence pour abréger leurs souffrances.

Dans un grand nombre de cas, le trouble intellectuel est plus général et revêt tous les caractères de la manie suraiguë.

L'incohérence est complète, les malades n'ont nullement conscience de leur état et rien dans les manifestations morbides ne trahit les causes physiques ou morales qui ont donné naissance au délire.

Evrot, dans sa thèse (2) a bien étudié les délires

(1) Voir observations II et III.

(2) Evrot, *Délires liés à la puerpéralité*. Thèse de Lyon, 1894.

liés à la puerpéralité et il décrit longuement l'accès de manie provoqué par la douleur seule, à l'exclusion de toute autre cause de troubles cérébraux.

« Au moment du travail, dit-il, la malade entre dans un état d'exaltation extrême, criant et gesticulant sans motifs et proférant des mots grossiers. D'autres restent comme indifférentes même aux fortes douleurs, regardant d'un œil vague les personnes qui les entourent, repoussant le petit être qu'elles viennent de mettre au monde, hébétées, stupides. Elles ont perdu absolument le souvenir de ce qui s'est passé. Un autre caractère, c'est que cette excitation maniaque, cette stupeur, ou cette confusion mentale n'est que transitoire. Ce n'est pas un vice de nutrition, un empoisonnement qui a arrêté pour longtemps le dynamisme cellulaire : c'est un choc ; il y a arrêt, mais non lésion ; il y aura guérison dès que la cause fugace aura disparu. »

Enfin, d'après Freyer, la douleur à elle seule peut provoquer une perte de connaissance pure (*Ohnmachtbewusstlosigkeit*) qui est indépendante de l'éclampsie, l'épilepsie, l'hystérie, la manie transitoire, la folie puerpérale et de toute autre maladie.

De pareils cas sont relativement rares. Sæxinger, à la Maternité de Prague, n'en a trouvé qu'un seul cas sur 12,215 accouchements. A la clinique de Tübingen, O. Sarwey n'en a observé aussi qu'un seul cas en vingt-cinq ans (1).

Il s'agissait d'une primipare, âgée de 20 ans, vigou-

(1) Von Winckel, *Handbuch der Geburtshülfe*.

reuse, de bonne santé, sans troubles de la grossesse, avec un bassin normal.

« L'accouchement dura vingt-deux heures : trois quarts d'heure avant l'expulsion du fœtus, les douleurs deviennent si fortes et si vives que la femme, malgré toutes les paroles qu'on peut lui adresser, crie et hurle, se démène et demande à toute force une substance qui la fasse mourir : son visage devient cyanotique, elle est dans un état d'agitation extrême.

« Brusquement elle regarde fixement autour d'elle, elle ne sait plus où elle est, elle ne reconnaît plus le médecin, injurie les stagiaires, puis finalement tombe sans connaissance avec perte de la réaction pupillaire.

« Entre temps, des contractions énergiques provoquent l'expulsion spontanée de l'enfant. Immédiatement après, elle revient à elle, demande d'où proviennent les cris qu'elle entend et ne veut pas croire que ce sont les cris poussés par son enfant. Elle demande pourquoi son ventre a diminué : ce n'est que peu à peu qu'elle revient à elle et comprend qu'elle se trouve dans la salle des douleurs : elle reconnaît le médecin mais déclare n'avoir pas eu conscience de son accouchement,

« Elle se trouve fatiguée et épuisée et éprouve cependant un sentiment général de bien-être : son urine, de quantité normale, ne contient pas d'albumine ; les suites de couches s'effectuent sans incidents. »

Jusqu'ici les contractions utérines sont normales : voyons maintenant quelle est l'intensité de la douleur lorsqu'elles sont exagérées.

III. — Contractions utérines exagérées avec exagération
parallèle des douleurs.

Dans certains cas l'utérus se contracte d'une manière presque incessante à intervalles très rapprochés, quelquefois même il y a un véritable *tétanisme utérin*.

Les douleurs se succèdent alors avec une telle rapidité qu'il n'y a plus pour la femme un seul instant de calme ou de repos.

L'observation I est un bel exemple de cette sorte de douleurs, remarquables par leur intensité et leur durée, ainsi que par leur fréquence plus grande.

D'après Tarnier et Budin (1) les causes de cette anomalie, d'ailleurs assez rare, sont obscures et demeurent souvent inconnues. On a noté cependant qu'elles s'observent surtout chez des femmes nerveuses et impressionnables, mais parfois aussi chez des femmes vigoureuses et pléthoriques.

Il n'en est plus de même lorsque les conditions mécaniques de l'accouchement sont rendues plus difficiles par suite soit de la rupture prématurée de la poche des eaux, soit de la rigidité plus ou moins prononcée du col, soit surtout du rétrécissement du bassin avec ossification de la tête fœtale.

Dans l'observation VIII, nous trouvons réunies toutes ces conditions : les membranes ont été rompues accidentellement quatre jours avant l'accou-

(1) Tarnier et Budin, *Traité de l'art des accouchements*.

chement, on a du sectionner le col qui présentait une rigidité anatomique manifeste, enfin la tête dure, ossifiée, a du se frayer un chemin à travers un bassin transversalement rétréci. Aussi les douleurs ont-elles été excessivement vives. « La malade est découragée, dit l'observation, sa voix est rauque, elle a crié effroyablement tout le matin. »

En lisant les observations VI jusqu'à XIX, nous remarquons que les douleurs exagérées surviennent chez des femmes ayant des bassins mal conformés, soit généralement ou transversalement rétrécis, soit surtout aplatis. (*7 aplatis pour 3 généralement rétrécis et 2 transversalement rétrécis.*)

D'après Charpentier (1), dans les rétrécissements du bassin, les contractions utérines se maintiennent pendant un certain temps à l'état normal, se succèdent à intervalles de plus en plus rapprochés, augmentant, en même temps, progressivement d'intensité. Puis, si la résistance n'est pas surmontée, il n'est pas rare de les voir s'atténuer, cesser même pendant quelques heures pour reparaître ensuite avec une intensité croissante et nouvelle et atteindre quelquefois une violence extrême.

Si l'obstacle est vaincu, on voit, dans quelques cas, l'accouchement se terminer plus ou moins rapidement, trop rapidement même pour l'intégrité du périnée si l'on n'y prend garde. D'autres fois, lorsque l'obstacle est infranchissable, les contractions de l'utérus peuvent être assez violentes pour aboutir à une rupture

(1) Charpentier, *Traité d'accouchements*, p. 193.

du muscle utérin ou à un arrachement de son insertion vaginale.

Dans les cas précédents si la douleur est exagérée au moment de la contraction utérine plus intense, elle cesse à peu près complètement dans l'intervalle des contractions; mais il n'en pas toujours ainsi.

IV. — Contractions utérines exagérées avec persistance de la douleur dans l'intervalle des contractions.

En effet, il arrive parfois que les parturientes souffrent, non pas seulement au moment où le muscle utérin se contracte, mais encore au moment où il est en repos. Il en résulte une augmentation considérable de l'intensité totale de la douleur et l'on peut s'imaginer quel martyre subissent les parturientes qui sont condamnées à accoucher dans ces conditions.

Parmi nos observations nous n'en n'avons trouvé qu'une, la XV, où cette variété soit notée. Il s'agit d'un bassin aplati : les contractions utérines sont exagérées et se produisent toutes les deux minutes. « Dans l'intervalle, lisons-nous, la parturiente accuse des douleurs sourdes dans les reins, douleurs qui s'exagèrent au moment des contractions, etc. » Aussi la malade ne peut supporter ses douleurs et l'on est obligé d'intervenir en lui faisant inhaler du chloroforme.

En présence de pareilles douleurs on se demande quelle est la cause qui peut ainsi les exagérer. Est-il donc possible d'expliquer pourquoi certaines femmes souffrent le martyre en enfantant, tandis que d'autres accouchent presque inconsciemment? C'est ce que nous allons essayer.

C. — Essai étiologique.

La douleur de l'accouchement, dit Dutertre (1), est un phénomène excessivement variable. Elle diffère suivant les peuples, dans un même peuple suivant les femmes, chez la même femme suivant les grossesses et, dans la même grossesse, elle varie suivant la période de l'accouchement.

La douleur nulle chez les animaux est également nulle chez les peuples sauvages. Lorsque les Espagnols conquérèrent l'Amérique, ils furent étonnés de voir les femmes indigènes accoucher sans douleur.

Les souffrances de la parturition semblent, en effet, le triste privilège des races civilisées. « Au fur et à mesure, dit Burns, que la femme change un genre de vie simple contre une vie de luxe et de raffinement, nous remarquons que les forces de l'économie s'affaiblissent et que l'accouchement devient plus douloureux. » Les mœurs douces et polies, l'habitude du luxe et du bien-être que donnent les richesses, la culture de l'intelligence exaltent la sensibilité générale et rendent les civilisés plus impressionnables.

La douleur varie aussi suivant les climats : les peuples du Nord sont moins sensibles que les peuples du Midi ; les climats chauds disposent à la mollesse et développent la susceptibilité à la douleur.

Dans un même peuple, sous le même climat, la douleur varie encore, suivant le développement intel-

(1) Dutertre, *De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels*. Th. Paris, 1882.

lectuel. Elle est plus vive chez les femmes intelligentes et instruites, dans les hautes classes de la société que dans les classes ouvrières ou campagnardes.

Enfin, si la femme présente des tares bien définies (hystérie, épilepsie, etc.) ou même si elle est simplement *nerveuse*, il est bien évident qu'elle sera plus apte à souffrir qu'une autre femme bien constituée et bien équilibrée.

En 1773, Mauriceau écrivait que l'éclampsie était due à l'excitation utérine « à cause de la grande douleur que ressent la matrice qui est toute nerveuse, tout excitée par l'extrême distension qu'en fait l'enfant, laquelle douleur se communique, quant au cerveau, avec le sang échauffé qui s'y porte en abondance ».

Cette excitation utérine est très plausible, eu égard à des tempéraments prédisposés, étant donné que les organes génitaux de la femme « sont des viscères richement dotés au point de vue de l'innervation viscérale et qui ont, à l'état normal, un retentissement considérable sur le sensorium (1) ».

Ainsi s'expliquent les délires dont nous avons parlé précédemment, délires d'origine purement nerveuse, préparés par l'état de surexcitation dans lequel se trouve l'accouchée, par l'état de fatigue, de faiblesse irritable, de susceptibilité toute spéciale de la femme pendant l'état puerpéral.

Un autre facteur important de l'exagération des douleurs, c'est la *primiparité*.

(1) Luys, *Ann de psychiâtrie et d'hypnologie*, 1893.

Parmi nos observations, nous ne relevons que deux cas où les parturientes ont eu un ou plusieurs accouchements antérieurs : toutes les autres sont des primipares.

On conçoit facilement que la femme souffre davantage des douleurs qu'elle ressent pour la première fois et que son imagination épouvantée a déjà grossies par avance; certains accoucheurs prétendent même que toutes les primipares ont des douleurs exagérées au moment du travail. Sans aller jusque-là, il est certain que la durée plus longue du travail et la distension des parties molles encore rigides et non dilatées par le mobile fœtal expliquent jusqu'à un certain point l'exagération des douleurs.

Dans les rétrécissements du bassin, lorsque la tête, trop dure, est arrêtée par le détroit supérieur, le muscle utérin, excité, se contracte d'autant plus vigoureusement qu'il éprouve plus de résistance; comme l'expulsion est habituellement intimement liée à la contraction utérine, il y aura donc le plus souvent exagération des douleurs dans ces cas là.

D'après Michaelis, c'est surtout dans le bassin aplati, particulièrement dans le bassin rachitique, que les douleurs se distinguent par une énergie extraordinaire; cet auteur attache une importance particulière à l'écrasement de la portion inférieure de l'utérus entre la tête de l'enfant et le bord du bassin.

« La pression limitée, mais plus violente, à laquelle est soumis le segment inférieur de l'utérus dans le bassin aplati de la part du promontoire et du bord

supérieur du pubis, serait la cause des douleurs souvent plus fortes dans cette forme de bassin, tandis que la pression moindre, mais plus étendue à laquelle est exposé le segment utérin dans le bassin généralement rétréci entre la tête et le détroit produirait une sensation douloureuse plus pénétrante et paralyserait plutôt la force des contractions. »

Litzmann est moins affirmatif : les tableaux qu'il a réunis sur la nature des douleurs dans les périodes de dilatation et d'expulsion, pour les accouchements compliqués d'un rétrécissement du bassin, l'obligent à reconnaître que, d'une manière générale, l'altération des douleurs n'est pas excessivement fréquente dans ces conditions.

« En général, dit-il (1), il n'y a pas de facteur mécanique spécial ayant une influence déterminante sur les douleurs, du moins, cette influence est difficile à apprécier au milieu des diverses combinaisons qui peuvent se présenter, et, en dernière instance, l'action produite dépend de l'état de développement et de nutrition de l'appareil musculaire et nerveux de la matrice, abstraction faite des conditions mécaniques. Je ne veux pas nier qu'il n'y ait dans les effets mécanique du bassin rétréci au moment de l'accouchement, des facteurs qui peuvent exercer une influence sur les douleurs. La plus grande résistance opposée à la progression de l'enfant et à l'évacuation de l'utérus, amène nécessairement de plus forts tiraillements et

(1) I. Litzmann, *L'accouchement dans les rétrécissements du bassin*, traduit par Thomasset, publié sous la direction de A. Fochier, 1889.

une irritation plus grande des parois de ce dernier pendant le travail.

Suivant le degré d'irritabilité et de contractilité de l'organe, cette irritation peut porter les douleurs à un degré extraordinaire de violence, peut être suivi d'épuisement si la résistance persiste; en effet, les troubles locaux de circulation produits par les tiraillements et l'écrasement des parois de l'utérus peuvent amener de telles modifications dans la texture de l'organe qu'il en résulte un affaiblissement de sa force de contraction. »

On peut donc admettre les *rétrécissements du bassin*, surtout *l'aplatissement*, comme donnant lieu à des douleurs exagérées au moment de l'accouchement.

Quant aux douleurs de rein persistant pendant toute la durée du travail, on a cherché à les expliquer de diverses façons.

Pour les uns, elles seraient dues à l'obliquité de l'utérus, à son excès de sensibilité et à la pression de sa paroi postérieure contre la colonne vertébrale. (Matteï.)

Pour Depaul, elles se montrent principalement « dans les présentations du sommet ou de la face dans lesquelles l'occiput ou le menton répondent à l'une des moitiés postérieures du bassin ».

Pour Ribemont-Dessaignes et Lepage (1), la cause principale de ces douleurs résulte de ce que la tête fœtale appuie mal sur le segment inférieur, ce qui

(1) Ribemont-Dessaignes, *Précis d'obstétrique*, 1904, p. 237.

s'observe sous de multiples influences (rétrécissement du bassin, insertion du placenta sur le segment inférieur, défaut de flexion de la tête, etc.).

Ces douleurs de rein se produiraient aussi dans les cas où il existe en arrière ou à côté de la tête un procubitus de la main.

Enfin certaines crampes très douloureuses du travail peuvent être le résultat de la compression exercée par la tête fœtale sur les nerfs sacrés. S. Meigs a observé trois cas dans lesquels ces crampes jetaient les malades dans une angoisse inexprimable. Ces pauvres femmes comparaient leur souffrance à une torsion, à un déchirement des parties profondes, bien explicable par l'irritation de gros troncs nerveux.

En résumé, les cause de l'exagération des douleurs sont, par ordre de fréquence :

1^o La primiparité;

2^o Certaines conditions rendant l'accouchement plus ou moins dystocique (rupture prématurée de la poche des eaux, rigidité du col, rétrécissements du bassin, etc.);

3^o Certaines formes anormales de la douleur (douleurs de rein continues, crampes douloureuses par compressions nerveuses);

4^o Le nervosisme de la parturiente, soit latent et accusé seulement par une excessive sensibilité, soit nettement marqué par des stigmates hystériques.

D. — Action des douleurs exagérées sur la marche du travail.

Ainsi qu'on s'en rend compte par la lecture de nos observations ces douleurs exagérées peuvent entraver

la marche régulière du travail, troubler la santé de la mère et compromettre la vie du fœtus.

PERTURBATION DU TRAVAIL. — Il est incontestable qu'une douleur trop vive peut suspendre complètement les contractions utérines par inhibition réflexe. Hervieux (1) cite le cas d'une femme qui avait fait une chute sur le siège pendant le travail de l'accouchement : il en résulta une mobilité anormale du coccyx sur le sacrum et une douleur tellement aiguë que le travail s'arrêta sur le champ : les contractions utérines ne se réveillèrent que dix jours après.

D'autre part, si la patiente est en proie à des douleurs très rapprochées, presque continues, le travail va être considérablement troublé. La femme est déjà fatiguée un peu par les premières contractions douloureuses, elle va s'épuiser à la suite de ces contractions incessantes et, par cela seul, elle ne pourra pas mener à bonne fin la dilatation du col, puisque la condition indispensable d'une bonne dilatation, c'est l'intermittence de l'effort dilatateur.

De même, à la période d'expulsion, les femmes qui souffrent trop se retiennent de pousser et empêchent à la contraction des muscles abdominaux de contribuer à l'expulsion du fœtus.

Enfin, lorsque les contractions utérines sont exagérées en intensité, soit idiopathiquement, soit par suite de dystocie, il arrive que l'utérus, après s'être contracté trop énergiquement, tombe dans un état

(1) *Union médicale*, 1878.

d'inertie plus ou moins complète, tandis que la femme épuisée par l'excès de douleur, n'a plus la force de réagir, ni le courage de « pousser ».

Dans l'observation II « la parturiente, qui souffre depuis vingt-huit heures, se fatigue et se désespère » et l'on est obligé de recourir à une application de forceps pour suppléer l'énergie qui lui fait défaut.

Dans les observations VI, VIII, IX, XIII, XV et XIX on a dû aussi employer le forceps : bien qu'il s'agisse de rétrécissements du bassin, il faut néanmoins reconnaître que l'exagération des douleurs, en épuisant la malade, a contribué notablement à augmenter la dystocie.

Les douleurs exagérées troublent donc la marche du travail, mais elles exercent aussi une action défavorable sur la mère et sur le fœtus.

ACTION SUR LA MÈRE. — La douleur est nuisible en tant que douleur : « Ceux qui accusent l'éthérisation, disait Velpeau, à l'Académie des sciences, savent-ils qu'on peut mourir de douleur.

« Toute douleur est, par elle-même, surtout lorsqu'elle est en excès, une cause de destruction : son action, ses effets, peuvent amener une terminaison fatale. » (Simpson). Ambroise Paré, lui-même, reconnaissait qu'elle : « prosterne et abat les vertus des malades ».

Cet excès de douleur est très nuisible pour la mère : il peut donner naissance à des accès de manie, de plus ou moins longue durée pendant lesquelles les parturientes gênent les manœuvres de l'accoucheur et

même attentent à leur vie, comme le montre l'observation d'Auvard dont nous avons parlé précédemment.

L'exagération des contractions utérines provoque aussi une accélération énorme des mouvements respiratoires ainsi qu'une augmentation notable de la pression sanguine et une fréquence plus grande du pouls.

Il peut en résulter des troubles divers dans les fonctions du poumon et du cœur et même de véritables accidents si ces organes sont affaiblis ou lésés antérieurement.

ACTION SUR LE FŒTUS. — Cette action se manifeste surtout dans les cas de douleurs exagérées par suite de l'intensité trop grande des contractions utérines.

Il peut y avoir des troubles de la circulation fœtale par suite de la compression que l'utérus exerce directement sur le fœtus, des troubles de la circulation utéro-placentaire et des troubles de la circulation funiculaire, toujours par compression.

Dans l'observation VIII les contractions utérines ont été exagérées et l'enfant naît en état de mort apparente : de même, dans l'observation XI, l'enfant naît cyanosé, asphyxié, ne respirant pas : on est obligé de pratiquer la respiration artificielle et de le plonger dans un bain à 40°, pour rétablir ses fonctions.

Dans de pareils cas le fœtus succombe le plus souvent ou, s'il ne meurt pas directement, sa vitalité est profondément modifiée par tous ces accidents.

Comme on le voit, l'exagération des douleurs est essentiellement nuisible à tous les points de vue. Il est donc absolument nécessaire que l'accoucheur intervienne pour les atténuer ou même les supprimer complètement pour éviter dans la mesure du possible les accidents qu'elles peuvent produire.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Les médicaments employés par les accoucheurs pour combattre les douleurs exagérées sont surtout des hypnotiques, tels que le chloral et la morphine, et des anesthésiques, tels que la cocaïne, l'éther et le chloroforme; pour plus de facilité, nous les étudierons, non pas d'après leurs caractères, mais d'après la manière dont ils sont administrés.

Les uns se donnent, en effet, en injections par la voie sous-cutanée ou sous-arachnoïdienne, les autres, par la voie gastrique ou rectale, en potions et en lavements, ou, par la voie pulmonaire, en inhalations.

Nous allons étudier séparément chacun d'eux et chercher à reconnaître lequel doit avoir nos préférences.

I. Médicaments administrés en injections.

A. — Injection sous-cutanée.

MORPHINE. — D'après Barker, en 1869, la morphine exercerait une action heureuse sur le travail de l'accouchement, tout en supprimant les douleurs,

Cette opinion était erronée, car il ressort d'un travail de Kormann, en 1868, qu'elle trouble l'accouchement dont elle augmente notablement la durée.

Pinard (1), pour sa thèse d'agrégation, l'emploie deux fois et termine ainsi l'étude qu'il en fait : « La morphine, plus qu'aucun des agents que j'ai étudiés, influence la contractibilité utérine; on pourrait presque dire que c'est son effet le plus immédiat : sous son influence, la contraction utérine se ralentit, devient plus courte et, enfin, se suspend complètement. Elle possède donc une action paralysante sur la fibre musculaire de l'utérus gravide qui, contrairement à celle du chloroforme, se fait primitivement; la rétractilité est moins atteinte, ainsi que la contraction des muscles abdominaux. »

La morphine doit donc être rejetée à cause des complications qu'elle pourrait provoquer.

B. — Injection sous-arachnoïdienne.

COCAINE. — La cocaïne a été employée à diverses reprises en applications locales sur le col. Guinier l'a employée en pommade ou en solution (2).

D'après lui, il est deux temps principaux où ses effets sont des plus manifestes : la dilatation du col et le passage du fœtus sur le plancher périnéal; si la douleur, à ce moment, n'est pas totalement supprimée, elle est, du moins, fort atténuée.

Doleris l'a employée en injections interstitielles

(1) Pinard, *Thèse d'Agrégation*, 1878.

(2) Guinier, *De l'anesthésie locale par le chlorhydrate de cocaïne en obstétrique*. Th. de Montpellier, 1887.

dans le tissu cervical utérin et dans l'épaisseur du périnée; mais ces procédés sont un peu insuffisants ou bien donnent lieu à des phénomènes d'intoxication. On les a donc à peu près abandonnés en obstétrique, surtout depuis que la méthode des injections intrarachidiennes de cocaïne a été vulgarisée en France, par Tuffier.

Frappé des excellents résultats obtenus en chirurgie, Doléris pratiqua l'injection de cocaïne pour des accouchements particulièrement douloureux et présenta, le 17 juillet 1900, à l'Académie de médecine, le résultat de ses premières recherches.

Comme Tuffier pour la chirurgie, Doléris s'est constitué, en France, le champion de l'analgésie par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire, appliquée aux accouchements; son interne, M. Malartic, présentait et soutenait, le 10 février 1901, devant la Faculté de Paris, sa thèse contenant soixante observations précisant et complétant les idées de M. Doléris sur la question.

Dupaigne, en 1900, Puech et Rouville; en 1901, présentent des observations d'analgésie par la cocaïne, et enfin, en 1902, Guisoni (1), dans sa thèse soutenue à Lyon, fait une étude critique des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne en obstétrique.

Doleris et Malartic (2) ont précisé les applications de cette méthode à l'obstétrique.

(1) Guisoni, *Étude critique des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne en obstétrique*. Th. de Lyon, 1902.

(2) Communication à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie (9 novembre 1900).

Ils injectent, en règle générale, un centigramme de cocaïne lorsque la dilatation atteint les dimensions d'une paume de main. L'analgésie s'établit de trois à dix minutes après la piqure, presque toujours vers la cinquième minute. L'analgésie cutanée remonte jusqu'à l'ombilic et même jusqu'aux fausses côtes. L'analgésie utérine est telle, que la femme n'éprouve aucune douleur au moment des contractions et qu'elle n'en a même pas conscience. Les contractions utérines augmentent d'intensité, de durée et de fréquence.

La cocaïne serait donc un ocytocique, en même temps qu'elle peut agir comme hémostatique. La durée de l'analgésie complète est d'une heure et quart environ : à partir de ce moment la sensibilité se rétablit progressivement et la femme a conscience des contractions.

Malheureusement, des accidents graves et même des cas de mort ont été signalés par plusieurs observateurs à la suite des injections intra-rachidiennes de cocaïne ; d'autre part, celle-ci produit des contractions utérines presque subintrantes qui gênent la circulation utéro-placentaire : enfin, la période d'analgésie est vraiment trop courte, les accoucheurs semblent donc actuellement rejeter ce procédé ou n'en user qu'avec la plus extrême prudence.

II. — Médicaments administrés par la voie gastrique ou rectale.

CHLORAL. — L'hydrate de chloral est peut-être un des agents anesthésiques qu'on a le plus employés et

expérimentés pendant l'accouchement : cela, sans doute, parce qu'il est d'administration assez facile et non dangereux, du moins aux doses ordinaires.

Bourdon, en 1872, emploie le chloral, le premier en France : son élève, Pellissier, dans sa thèse, préconise fortement l'emploi du chloral dans les douleurs de l'accouchement naturel : « Il est avantageux, dit-il, chez les primipares, pour calmer l'excitation provoquée par la souffrance et supprimer les préoccupations qui accompagnent le travail. Il convient de l'employer chez les femmes nerveuses qui redoutent les douleurs de l'accouchement. »

D'après William Berry et Playfair, en 1874, et Chouppe et Chiarboni, en 1875, le chloral est un médicament merveilleux dans l'accouchement naturel, renforçant et rapprochant les contractions utérines pour les uns, agissant, pour les autres, seulement sur la douleur elle-même, pour l'atténuer, mais en écartant, en outre, les éléments perturbateurs de la régularité du travail et, dans tous les cas, n'amenant jamais à sa suite l'inertie utérine avec ses redoutables conséquences.

En 1876, Müller et Polaillon aboutissent, par leurs expériences, à des résultats tout différents. D'après ces auteurs le chloral ne serait un sédatif des douleurs utérines qu'à la condition d'agir, en même temps, sur la fibre musculaire dont la contraction est d'abord ralentie, puis arrêtée : son emploi ne serait indiqué que dans les cas où il s'agit de modérer l'excitabilité excessive du muscle utérin ou de calmer des douleurs produites par des contractions trop énergiques.

Pinard, en 1878, ne se prononce pas en faveur du chloral.

Charuel, en 1895, pense qu'il peut rendre de grands services dans les accouchements, mais seulement dans des cas spéciaux. « Chez des sujets irritables, dans les cas de *tædious labor* et de contractions spasmodiques légères, dues à des phénomènes nerveux réflexes, le chloral agit sur la moelle et le système nerveux dont il calme l'éréthisme et il devient un sédatif excellent. »

Frarier, dans sa thèse de Lyon, 1899 (1), reconnaît que le chloral peut rendre des services dans les cas suivants :

« Lorsqu'une primipare, énervée déjà par les douleurs qui ont accompagné l'effacement du col est surexcitée ensuite par les douleurs plus vives qui en produisent la dilatation, le chloral à faibles doses donnera de bons résultats, non pas par son influence sur la fibre utérine, mais par son action générale qui, calmant la femme, va s'opposer ainsi à la continuation de cette irritabilité, source si fréquente de douleurs irrégulières et par suite obstacle à la dilatation. »

Dans les cas de douleurs violentes, irrégulières avec prolongation inusitée du travail, le chloral donné à fortes doses est très utile en calmant la femme et en évitant l'épuisement qui résulterait de contractions utérines exagérées pendant trop longtemps.

(1) Frarier, *Les procédés de dilatation artificielle du col chez les primipares*. Th. de Lyon, 1899.

En somme, si le chloral doit être proscrit dans les accouchements naturels à cause de son action atténuante sur les contractions utérines, il n'en constitue pas moins un médicament excellent contre les douleurs exagérées, surtout à la période de dilatation.

Malheureusement, il est assez difficile à administrer : il est souvent mal toléré, qu'il ait été donné par la bouche ou en lavements. On pourra se rendre compte de la vérité de ce fait en parcourant nos observations. Dans ces conditions il est difficile de déterminer la quantité du médicament qui a été absorbée et celle rejetée.

Néanmoins on donne habituellement le chloral par la voie buccale en solution à 1/50^e ou en sirop afin d'éviter ses effets caustiques sur la muqueuse stomacale. On peut aller jusqu'à 4 grammes et plus.

Si l'estomac ne peut supporter le médicament, on donne alors le chloral en lavement :

4 grammes de chloral dans 100 grammes de mucilage de coing. (Charpentier).

III. — Médicaments administrés par la voie pulmonaire.

Nombreux sont les anesthésiques qu'on a essayés dans les accouchements. Dans un travail d'ensemble sur l'anesthésie obstétricale (1), B. Bellamy Gardner étudie le mélange d'oxygène et d'acide nitreux, l'éther, le bichlorure de méthylène, le mélange de A. C. E. (alcool 1 partie, chloroforme 2 p., éther 3 p.)

(1) Bellamy Gardner, *The British gynæcol. Journal*, 1896.

l'amylène ainsi que le chloroforme auquel il donne la préférence.

Le bromure d'éthyle, le chlorure d'éthyle pur ont été employés en obstétrique depuis quelques années ; ils agissent plus rapidement que le chloroforme et l'éther et ne sont pas suivis de malaises, mais ils ont l'inconvénient de donner une analgésie dont les effets ne durent que quelques minutes.

ÉTHER. — L'éther en inhalations a été employé par F. V. Boukoïemsky (de Saint-Petersbourg) dans 45 accouchements avec de bons résultats. Ces inhalations n'influent en rien le pouls, la température et la respiration de la patiente : elles ne prolongent nullement et même elles abrègent plutôt la durée de l'accouchement, surtout chez les primipares. Dans la grande majorité des cas, l'éther n'a pas produit de phénomènes d'excitation. Suivant l'époque du travail à laquelle on a commencé l'anesthésie, la quantité d'éther employé dans chaque cas a varié de 24 à 400 cc. Le moment le plus opportun pour commencer l'administration de l'éther est, d'après Boukoïemsky, celui où l'orifice utérin est assez dilaté pour permettre l'introduction de trois doigts ; la disparition complète des douleurs propres à la période d'expulsion n'est en effet obtenue que si la femme est déjà depuis un certain temps sous l'influence de l'éther.

C'est là un des inconvénients de l'éther : d'après Lucas-Championnière (1), celui-ci est bien inférieur

(1) *Union médicale*, 1878.

au chloroforme ; il faut en consommer des quantités considérables ; il faut attendre longtemps le soulagement. « Il n'est pas inutile de remarquer, dit-il, qu'avec l'éther ainsi donné l'accoucheur serait cruellement anesthésié et, s'il y a de la lumière dans la pièce, menacé d'une explosion. »

L'éther est surtout l'anesthésique de la délivrance : on doit rejeter son emploi au moment du travail, même pour calmer des douleurs exagérées.

CHLOROFORME. — Dès que l'anesthésie fut découverte, c'est le chloroforme qu'on employa de préférence à l'éther, trop difficile à manier, dans le but de pratiquer des opérations obstétricales ou de diminuer les douleurs du travail. Mais, comme toutes les grandes inventions, l'anesthésie obstétricale eut des adversaires nombreux qui longtemps en retardèrent la vulgarisation en objectant de multiples raisons plus ou moins valables. Aussi fut-elle tour à tour employée, délaissée, appliquée seulement dans les cas obligatoires et finalement adoptée, ainsi que le montre notre exposé historique forcément écourté.

Le 19 juin 1857, Simpson d'Edimbourg anesthésia une femme à l'éther pour pratiquer sur elle une version ; le 20 novembre de la même année, il employait pour la première fois le chloroforme dans un accouchement difficile. Il eut immédiatement des partisans déclarés tels que Glover, Skey, Murphy, Rigby Snow, etc., et aussi des détracteurs acharnés qui lui reprochaient d'aller à l'encontre du précepte de la Bible : *Tu parturies in dolore*, ou qui, plus scientifi-

quement, l'accusaient de supprimer une douleur physiologique nécessaire au travail et cela par un agent thérapeutique dangereux.

Cependant l'anesthésie de la reine Victoria au chloroforme pendant deux accouchements en 1853 et en 1857, fut d'un grand secours pour la propagation de sa doctrine : celle-ci était d'ailleurs déjà adoptée en Amérique par Manning, en Allemagne par Spiegelberg, Martin d'Iéna, etc., mais ne se généralisait en France qu'avec peine.

Dubois, en 1847, avait chloroformisé plusieurs femmes qui succombèrent ensuite à la fièvre puerpérale si meurtrière à cette époque : cette coïncidence malheureuse l'obligea à condamner officiellement l'emploi du chloroforme.

Cependant Stoltz, Cazeaux, Delmas, Chailly employaient cet anesthésique avec succès. En 1854, Houzelot (de Meaux) publie le premier sur le chloroforme dans les accouchements naturels un mémoire où il démontre la possibilité de supprimer la douleur sans abolir l'intelligence.

Blot, dans sa thèse d'agrégation de 1857, partage cet avis, mais il rejette l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels.

Enfin Campbell, en 1874, publie dans le journal de thérapeutique de Gùbler deux mémoires importants où il affirme la possibilité d'une anesthésie partielle où la sensibilité à la douleur est annihilée tandis que la sensibilité au tact et l'intelligence restent intactes : c'est ce qu'il appelle *l'anesthésie obstétricale*, par opposition à l'anesthésie chirurgicale où la sensibi-

lité sous toutes ses formes est supprimée ainsi que la motilité et l'intelligence.

Cette théorie est aussitôt attaquée par Pajot qui polémique vivement avec Bailly à ce sujet : « Ou bien l'anesthésie est réelle, dit-il, et vous l'obtenez sans aides et sans les précautions impérieusement commandées par l'expérience, vous êtes des imprudents et des coupables : ou bien avec votre prétendue demi ou plutôt pseudo-anesthésie, les femmes voient, entendent, raisonnent, se plaignent, crient, poussent quand on les sollicite, et alors vous pouvez vous passer d'aides, vous n'êtes pas dangereux, mais ce n'est plus de l'anesthésie, c'est de l'homéopathie : vous n'êtes pas sérieux. »

A Lyon, Fochier, tout en trouvant le travail de Pajot « étincelant de verve et de bon sens », se rallie à la demi-anesthésie et déclare que l'analgésie de Campbell « sera souvent un soulagement bien plus réel que ne veut le croire M. Pajot ».

En 1878, Courty de Montpellier conseille l'emploi du chloroforme ; Lucas-Championnière à la Maternité de Cochin conclut en sa faveur ; Dumontpallier, médecin à la Pitié et Hervieux, médecin de la Maternité, font, à la Société médicale des hôpitaux, des communications où ils reconnaissent les avantages de l'anesthésie obstétricale.

Entre temps Campbell a fait paraître des *Considérations nouvelles sur l'anesthésie obstétricale*, où il réfute certaines objections faites à sa théorie.

Cependant l'enseignement officiel est toujours opposé à l'emploi du chloroforme : Pinard, dans sa thèse

d'agrégation de 1878, n'admet pas l'analgésie et prétend qu'il faut des doses massives de chloroforme pour atteindre non pas tant la contractilité du muscle utérin que sa rétractilité : ce qui rendrait la chloroformisation responsable des hémorragies consécutives.

En 1882 paraît la thèse de Dutertre sur l'*Emploi du chloroforme dans les accouchements naturels* : dans ce travail important l'auteur étudie longuement les indications, le mode d'emploi, les avantages et les inconvénients de cet anesthésique et conclut nettement en sa faveur.

En 1887, Drouet, interne à l'hôpital Beaujon, étudie la question à un point de vue particulier dans sa thèse sur l'*Analgésie chloroformique dans les accidents naturels* : il s'attache surtout à démontrer qu'une demi-anesthésie ou analgésie est possible scientifiquement.

« D'après la majorité des physiologistes, dit-il, toute sensation tactile peut, moyennant une intensité plus grande, se transformer en sensation douloureuse (c'est l'opinion de Richet). Il est possible de faire subir à la sensibilité des modifications telles que, restant assez développée pour donner naissance à la sensation tact, elle ne le soit plus assez pour laisser se manifester la sensation douleur. Cette analgésie sera théoriquement d'autant plus facile à obtenir que l'organe impressionné sera moins sensible à l'état normal ; or les différents viscères sont innervés par le grand sympathique qui, normalement, est extrêmement peu excitable : les douleurs dues à la con-

traction utérine seront donc facilement atteintes par le chloroforme. »

Hervex est du même avis et met en avant sa propre expérience, il déclare n'avoir pas ressenti l'incision d'un anthrax de la nuque, en étant sous l'influence du chloroforme, bien qu'il put continuer à s'entretenir avec ceux qui l'entouraient.

Budin, en 1899 (1), raconte le fait d'un médecin, atteint de fissure à l'anus très douloureuse, qui parvenait à ne ressentir aucune douleur pendant la défécation en respirant quelques bouffées de chloroforme. Le même auteur a observé sur lui-même qu'en respirant un peu de chloroforme il supportait sans souffrance un sinapisme jusqu'à rubéfaction, alors que sans chloroforme la douleur était intolérable.

Charpentier déclare n'avoir jamais constaté l'analgésie complète que lorsque la femme est complètement anesthésiée; il convient, cependant, que le chloroforme amène un certain soulagement.

Mais Budin revient à la charge et affirme de nouveau l'action analgésique du chloroforme et en cite plusieurs exemples fort convaincants; mais il a constaté de grandes différences suivant les femmes. On ne produit pas toujours l'analgésie : dans quelques cas, d'ailleurs exceptionnels, on ne l'obtiendrait que par une anesthésie complète. Il se déclare donc partisan de l'analgésie chloroformique et Auvard et Caubet partagent son avis.

Enfin, en 1904, Ribemont-Dessaignes et Lepage

(1) *Bulletin médical*, 1889.

disent ce qui suit à propos du chloroforme : « Il n'est guère d'accoucheur ayant administré cet anesthésique pendant la période de dilatation, qui n'ait observé des femmes ayant des douleurs subintrantes et exprimant les plus vives souffrances sans que la dilatation fasse de sensibles progrès et entrer rapidement en période d'expulsion après l'emploi du chloroforme à la reine. Celui-ci est surtout utile pendant la période de dilatation, mais il rend aussi des services pendant la période d'expulsion ; les femmes poussent d'autant mieux qu'elles sentent moins leurs douleurs. Chez quelques femmes dont le système nerveux est surexcité par la souffrance, qui sont indociles et difficiles à maintenir, le chloroforme est très utile jusqu'à la fin de l'accouchement (1). »

En somme, il résulte de cet exposé historique qu'actuellement on admet l'analgésie chloroformique comme réelle, mais variable suivant les sujets.

On objectera, il est vrai, que cette sorte d'anesthésie est en contradiction avec la subordination des différentes parties du système nerveux à l'action du chloroforme. En effet, celui-ci agit d'abord sur le cerveau (excitation cérébrale et sommeil sans anesthésie), puis sur la moelle (disparition de la sensibilité et abolition de la motilité) et finalement sur le bulbe (paralysie des mouvements cardiaques et respiratoires).

Mais il faut se rappeler que la puerpéralité crée un état spécial dans lequel les fonctions physiologiques

(1) Ribemont-Dessaignes, *Traité d'obstétrique*, 1904, p. 415.

peuvent être changées et on peut admettre, avec Dastre, que dans l'analgésie simple, l'ordre naturel peut-être renversé si l'excitation normale des noyaux sensitifs ganglionnaires est artificiellement exagérée ou celle du cerveau diminuée.

Peut-être, y a-t-il aussi une narcose utérine directe, suivant l'hypothèse de Campbell !

Le chloroforme semble donc être l'agent thérapeutique idéal des douleurs exagérées puisqu'il peut supprimer celles-ci à peu près complètement par l'anesthésie obstétricale, tout en ne gênant en rien la marche de l'accouchement. Ainsi que le disait Blot, en 1859, « les femmes ont conscience de ce qui se passe autour d'elles : elles voient, entendent, peuvent agir, se rendre compte de ce qui se passe en elles, mais elles ne souffrent plus. Elles sentent les contractions utérines se produire, mais elles n'en éprouvent pas de douleurs, ou, tout au moins, cette douleur est tellement atténuée qu'elle est presque nulle ».

Le chloroforme agit très efficacement pour prévenir et même guérir les délires nerveux liés à l'exagération des douleurs.

En 1848, Hall, Davis et Murphy signalaient déjà les bons résultats fournis par le chloroforme dans des cas d'excitation nerveuse produite par une extrême souffrance. Channing cite l'exemple d'une folle qui présentait une telle agitation, qu'on dut la calmer par le chloroforme pour l'accoucher. Le docteur Le Breton (*Revue Scientifique*), rapportent le cas d'une femme délirant depuis plusieurs heures, à qui on fit inhaler du chloroforme : à partir de ce moment, le

délire cessa et l'accouchement se termina heureusement.

En 1852, Simpson présente à la Société obstétricale d'Édimbourg les observations de trois femmes qui, avec le chloroforme, eurent des accouchements normaux, tandis que dans les accouchements antérieurs, elles avaient, toutes trois, subi des attaques de manie.

Enfin, en 1859, Blot reconnaît que l'anesthésie, loin de produire la folie ou d'y prédisposer, semble, dans certains cas, calmer on même faire cesser complètement les troubles intellectuels survenus sous l'influence de douleur vives et longtemps prolongées.

Frarier (1) reconnaît aussi que le chloroforme pourra rendre de grands services dans les accouchements anormaux, si peu le soient-ils par le fait d'une surexcitation extrême de la femme et par le fait d'anomalies dans les contractions utérines, telles que violence et irrégularité.

Le chloroforme est, en effet, le grand remède des irrégularités, d'après M. Fochier, c'est le *forceps en bouteille* ; il est donc tout indiqué dans le traitement des douleurs exagérées.

Comment doit-on administrer le chloroforme pour obtenir l'anesthésie obstétricale ?

La technique est relativement simple : on donnera le chloroforme, en inhalations, sur un mouchoir ou un cornet *ad hoc*, à très petites doses renouvelées aussi

(1) Trarier, *Les procédés de dilatation artificielle du col chez les primipares*. Thèse de Lyon, 1899.

souvent qu'il sera nécessaire. En général, on le fait respirer tout à fait au début de la douleur et on cesse quand elle a disparu pour recommencer à la douleur suivante. Si la parturiente souffre encore et continue à être agitée dans l'intervalle de deux douleurs, on peut redonner du chloroforme, mais toujours d'une façon intermittente et en veillant bien à ce que la dose n'atteigne pas la sensibilité tactile. On s'en assurera, suivant le précepte de Campbell (1), en pinçant à diverses reprises la peau de la malade; ce pincement sera perçu comme pression ou comme douleur, suivant le degré de l'anesthésie.

Si celle-ci a été poussée involontairement trop loin, il suffira d'une ou deux contractions sans chloroforme pour ramener l'anesthésie au point obstétrical.

Enfin, on débutera toujours d'une façon lente et graduelle pour reconnaître les idiosyncrasies et éviter les syncopes réflexes du début.

Pratiquée de cette façon la chloroformisation est d'une innocuité vraiment remarquable: on ne trouve pas de cas de mort déterminée par cette méthode.

Dutertre (2) explique cette innocuité par plusieurs raisons:

1° Par le mode d'administration tel que nous venons de l'indiquer;

2° Par ce fait que souvent la femme réclame pour

(1) Campbell, *Considérations nouvelles sur l'anesthésie obstétricale*, p. 71.

(2) Dutertre, *Th. de Paris*, 1882.

elle-même le chloroforme et ne craint pas d'être anesthésiée ;

3° Parce que le système nerveux stimulé par la douleur résiste mieux à l'influence de l'anesthésique (Piachaud, H. Kohler) ;

4° Parce que l'utérus en se contractant forme un troisième centre circulatoire ;

5° Enfin parce que l'effort obstétrical est par lui-même un désanesthésiant.

En effet, l'effort s'accompagne de stase encéphalique plus ou moins prononcée : d'autre part, il résulte des recherches de Cl. Bernard que l'anesthésie chloroformique est sous la dépendance d'une anémie des centres nerveux. Il y a donc là deux phénomènes (effort et chloroformisation), deux forces de sens contraire, qui, lorsqu'elles viennent à se rencontrer doivent tendre à se détruire ou tout au moins à s'atténuer réciproquement. C'est Campbell qui le premier, dans un de ses mémoires, a mis en relief cette influence désanesthésiante de l'effort obstétrical.

En somme si le chloroforme a quelques inconvénients (tels que la diminution de la contractilité et de la rétractilité de l'utérus pouvant parfois ralentir le travail ou prédisposant à l'hémorragie) qui interdisent son emploi pour des douleurs normales, en revanche, dans les douleurs exagérées, il est absolument indiqué et il en constitue un des meilleurs modes de traitement.

CHOIX DU PROCÉDÉ. — Si nous faisons une revue d'ensemble des divers médicaments que nous venons

d'étudier nous aboutissons aux conclusions suivantes.

La *morphine* doit être rejetée comme troublant gravement le travail.

La *cocaïne* présente de multiples inconvénients, elle est dangereuse à manier, elle donne, en injections sous-arachnoïdiennes, une analgésie trop courte et l'injection lombaire sera très difficile à effectuer avec tous les soins nécessaires chez une femme très agitée ou délirante.

Quant aux anesthésiques divers, tels que le *bromure d'éthyle*, le *chlorure d'éthyle*, etc., leur action est de trop faible durée, et l'*éther* a l'inconvénient de ne produire un effet marqué qu'après l'absorption de fortes doses et au bout d'un temps assez long.

Nous restons donc en présence de deux seuls médicaments : le *chloral* et le *chloroforme*.

Dans sept de nos observations on a donné du chloral aux parturientes : le plus souvent il a été rejeté à diverses reprises et semble n'avoir pas eu une grande influence sur les douleurs : nous regrettons vivement de n'avoir pas eu pendant notre stage l'occasion de l'expérimenter à nouveau.

Cependant, on doit le conseiller dans les cas d'irritabilité nerveuse et d'excitation intense surtout à la période de dilatation. Dans l'observation VII, 1 gramme de chloral a rendu les douleurs nettement efficaces à cette période et semble avoir accéléré la dilatation.

Le chloroforme a été employé dans huit observations et chaque fois il a donné des résultats excellents souvent mêmes à faibles doses.

Dans l'observation XV on lit : « la malade est très

agitée et veut se jeter hors du lit : quatre inhalations de chloroforme la rendent plus sage.»

Il semble que ce soit vraiment le médicament idéal dans le traitement des douleurs exagérées tant par la facilité de son application et par son innocuité que par sa sûreté d'action.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Les dix-neuf observations ci-jointes proviennent de la clinique d'accouchements de la Charité. Nous remercions vivement M. le professeur agrégé Fabre qui a bien voulu les mettre à notre disposition et nous en permettre la publication.

OBSERVATION I

Douleurs exagérées, à intervalles rapprochés, à durée supérieure aux périodes de repos. Vaginité granuleuse. Chloral.

P... Jeanne, 16 ans 1/2, chanteuse.

Primipare.

Entrée à la clinique le 7 janvier 1894, à une heure du matin.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

N'a jamais eu aucune maladie. Réglée à 16 ans 1/2; menstruations régulières, durant quatre jours, et peu abondantes.

La parturiente passe à la salle des douleurs le jour de son entrée, à cinq heures et demie du matin; elle souffre de douleurs très intenses, inefficaces, à intervalles très rapprochés; ces douleurs gênent la palpation.

Le toucher provoque des douleurs excessivement vives

pendant lesquelles la malade se tord sur son lit; elles n'ont nullement le caractère de douleurs expultrices et siègent surtout dans l'abdomen. A noter aussi un état granuleux du vagin, état dont la malade ne se serait, dit-elle, jamais aperçu; le col est souple et mou, dilaté à un franc.

Comme la malade ne veut pas être endormie, on lui donne 1 gramme de chloral.

9 h. 15. — Le col a changé; dilaté à 2 francs; douleurs toujours intenses; chloral.

9 h. 20. — Douleur durant 1 minute 55 secondes.

Repos durant 2 minutes 5 secondes.

Douleur durant 2 minutes.

Chloral.

Les douleurs ont peut-être plus de tendance à devenir expultrices.

Repos de 2 minutes.

Douleur, durant 4 minutes, pendant laquelle le second gramme de chloral est rejeté.

9 h. 35. — Repos d'une 1/2 minute.

Douleur de 2 minutes 1/2.

Repos de 1 minute 1/4.

Douleur de 6 minutes.

Les douleurs sont maintenant moins intenses qu'au début.

9 h. 47. — Douleur ayant duré 6 minutes.

Repos de 1 minute.

9 h. 54. — Douleur de 2 minutes suivie d'un repos de même durée.

9 h. 58. — Douleur de 4 minutes suivie d'un repos de 3 minutes.

10 h. 9. — Douleur de 4 minutes, moins intense, suivie d'un repos de 1 minute.

10 h. 45. — Au toucher, le col est dilaté comme 5 francs; on sent nettement la fontanelle antérieure à droite et en avant.

Les douleurs deviennent ininterrompues.

11 heures. — On administre un nouveau gramme de chloral qui est bien supporté. Les douleurs, à ce moment là, sont absolument continues; on ne peut pratiquer le toucher à cause de la tension persistante de la poche des eaux produite par ces douleurs.

11 h. 20. — Période d'acalmie de 4 minutes, suivie de douleurs durant 2 minutes, puis repos pendant 3 minutes. Ensuite, les périodes de repos et de douleurs alternent à des intervalles irréguliers, mais les périodes de repos ne durent guère que 2 minutes, tandis que celles des douleurs persistent 5 ou 10 minutes. Ces douleurs surviennent brusquement après chaque période de repos; elles ne sont pas localisées aux reins, mais s'étendent dans tout l'abdomen, au dire de la malade. Elle a de fréquentes envies d'aller à la selle et se lève quatre fois en une heure.

12 h. 10. — Les douleurs sont toujours prolongées et durent de 5 à 6 minutes. Nouvelle envie d'aller à la selle.

12 h. 30. — Trois douleurs ayant duré chacune de 5 à 6 minutes; nouvelle envie d'aller à la selle.

1 heure. — Au toucher, le col est toujours dilaté à 5 francs; il est légèrement œdédié; il conserve encore 3 ou 4 centimètres de longueur. Il est très sensible au toucher, l'attouchement le plus léger provoque des douleurs; la poche des eaux n'est pas rompue.

De 1 heure à 2 heures, grand bain au sublimé et ensuite 1 gramme de chloral; les douleurs sont toujours très intenses, mais plus efficaces.

2 h. 45. — Rupture de la poche des eaux (l'auscultation est impossible dans l'intervalle des douleurs).

3 h. 15. — La tête apparaît à la vulve pendant les douleurs.

3 h. 35. — Dégagement laborieux; la tête présente une bosse sanguine assez volumineuse au niveau de l'occiput.

Fille bien constituée, de 2920 grammes, avec des diamètres céphaliques normaux.

Bassin normal.

OBSERVATION II

Douleurs exagérées. Agitation nerveuse.

Chloroforme et forceps.

D..., Berthe, 22 ans.

Primipare.

Entrée à la clinique d'accouchements le 8 mars 1904.
Mère morte à 45 ans d'affection pulmonaire. Parents nerveux.

Rougeole dans l'enfance, pas de rachitisme, nature impressionnable à l'excès.

Grossesse normale avec pertes blanches fréquentes, surtout dans les derniers mois.

La parturiente souffre depuis le 7 mars à 2 heures du soir. Il est très difficile d'avoir des renseignements sur ses antécédents tant elle paraît nerveuse et agitée. Elle répond à peine aux questions posées, reconnaît un instant avoir dit la vérité, puis affirme une minute après s'être trompée. Elle surveille attentivement les allées et venues des personnes présentes, tressaille au moindre bruit et veut avoir l'explication de tous les mots qu'on prononce devant elle.

Son attitude dans le lit est des plus bizarres, tantôt elle se glisse furtivement sous les draps, tantôt elle se redresse brusquement sur son séant sous l'influence d'une contraction utérine plus douloureuse. Ses yeux, aux pupilles très dilatées, expriment l'angoisse et la peur, sa face est rouge et vultueuse : ses mouvements sont choréiques et désordonnés, la malade offre tous les signes d'une nature hystérique en souffrance.

Le toucher est difficile, car la malade se raidit, se contorsionne et supplie à grands cris qu'on la laisse tranquille. La sensibilité de la muqueuse vaginale est accrue du fait d'une vaginite granuleuse marquée. Le col est

aminci, le segment inférieur constitué et la tête profondément engagée.

Le 8 mars, à 6 heures du soir, la poche des eaux se rompt, les douleurs apparaissent toutes les dix minutes, elles arrachent des cris violents à la malade, qui par moments redevient hypersensible et hyperexcitable à l'excès.

A 7 h. 1/2 du soir, les douleurs sont irrégulières, la malade se fatigue et se désespère et, comme les contractions très violentes n'accélèrent pas la descente, on fait une application de forceps sous anesthésie.

La tête légèrement ossifié à des diamètres normaux.

OBSERVATION III

Douleurs exagérées. Crises nerveuses. Chloroforme.

C..., Joséphine, 18 ans.

Primipare.

Entrée à la clinique, le 22 janvier 1891.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels elle aurait eu la petite vérole très légère à l'âge de deux ans. Elle aurait depuis six ans des céphalalgies fréquentes avec affaiblissement progressif de la vue, jusqu'à impossibilité d'une lecture quelque peu prolongée : en même temps des maux de reins et de la pollakyurie. Pas de crampes, pas de convulsions ni de crises d'aucune sorte : quelques bourdonnements d'oreille et des vertiges, mais jamais d'œdème des membres inférieurs.

Légère diminution des réflexes pharyngiens et palpebraux, sans plaques d'anesthésie.

La malade est réglée depuis l'âge de quinze ans : menstrues toutes les trois semaines avec des avances et des retards ; tout d'abord les pertes étaient peu considérables mais ont augmenté de plus en plus.

La grossesse s'est accompagnée de quelques accidents légers (migraines, vomissements) qui n'ont pas empêché la malade de travailler jusqu'à son dernier mois.

A son entrée à la Maternité, on constate un disque épais d'albumine dans les urines, disque qui persiste dans les examens répétés. On soumet la parturiente au régime lacté absolu.

Les douleurs surviennent assez brusquement le 16 février à 8 heures du matin. La dilatation était alors comparable à 1 franc: col rigide résistant, mais qui se dilate encore assez facilement. La dilatation complète est faite à 9 h. 45.

Les douleurs sont excessivement vives dès leur début. La malade est très surexcitée et a des contorsions de la face et des membres de nature hystérique. On lui donne du chloroforme à dose obstétricale pour atténuer cet état et pouvoir pratiquer facilement le toucher.

A partir de ce moment, le travail s'accomplit sans incidents et à 10 h. 45 la parturiente accouche d'un enfant de 3000 grammes dont les diamètres céphaliques sont absolument normaux.

L'albuminurie a disparu deux semaines après.

OBSERVATION IV

Douleurs exagérées. Chloral. Albumine.

G. Marguerite, 20 ans, fleuriste.

Primipare.

Entrée à la clinique le 25 juin 1896.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas de maladie antérieure : état légèrement scrofuleux ayant nécessité l'usage de l'huile de foie de morue.

Réglée à seize ans, toujours irrégulièrement.

Les douleurs commencent le 25 juin, vers 10 heures du

matin : la malade entre à la clinique vers 2 heures du soir puis de suite à la salle des douleurs. Elle se plaint d'une céphalalgie continue, particulièrement accentuée depuis trois ou quatre jours surtout vers le sommet de la tête; depuis trois ou quatre jours également elle a les jambes enflées. Dans l'urine on trouve environ 2 grammes d'albumine : les urines sont moins abondantes depuis deux ou trois jours. Pas de dyspnée, pas de troubles de la vue, pas de douleur épigastrique.

Vers 4 heures du soir, on donne à la malade 1 gramme de chloral qui est rejeté au bout d'une demi-heure : la malade a quatre vomissements, alimentaires d'abord puis glaireux et bilieux.

Lavement purgatif.

A 5 heures 20 on donne 1 gramme de chloral dans du lait, vomissement instantané.

A 5 heures 30, on fait un grand lavage de l'estomac; par le tube on donne ensuite 2 grammes de chloral dans 500 grammes de lait. La céphalalgie continue, les vomissements cessent.

A 6 heures et 1/2, commencent les douleurs expulsives.

A 7 heures, la dilatation est complète; la poche des eaux est volumineuse et tendue, on fait la rupture artificielle. Il s'écoule environ 300 grammes de liquide amniotique clair; la tête s'engage en O I G A.

Pendant une heure environ, les douleurs sont presque continues; elles fatiguent beaucoup la malade et on peut prévoir leur inefficacité, car la tête chemine fort peu.

Enfin, à 8 heures du soir le dégagement se fait sans incident.

L'enfant pèse 2570 grammes et ses diamètres céphaliques sont normaux.

Le lendemain l'albumine a diminué de moitié.

OBSERVATION V

Douleurs exagérées. Chloroforme. Albumine.

A. Marie, 25 ans, domestique.

Primipare.

Entrée à la clinique, le 27 novembre 1895, à 8 heures 40 du matin.

Son père et sa mère sont morts d'une affection pulmonaire; une sœur anémique sans enfants. Jusqu'à quatre ans, elle a marché les jambes très tordues; jouit d'une bonne santé.

N'accuse aucun accident de grossesse, sinon quelques vomissements durant les premiers mois; pas d'écoulement vaginal, ni d'œdème avant son accouchement.

Réglée à quinze ans et demi et depuis toujours régulièrement.

Dès l'arrivée de la parturiente à la Maternité, les douleurs sont si vives qu'on la transporte aussitôt à la salle des douleurs. Comme il est impossible de faire l'antisepsie vaginale, à 8 h. 55 on donne du chloroforme à la patiente.

On note un œdème sus-pubien et des membres inférieurs (albumine dans les urines).

A 10 h. 15, accouchement d'un garçon de 2300 grammes aux diamètres céphaliques normaux.

OBSERVATION VI

*Bassin généralement rétréci. Douleurs exagérées. Chloroforme.
Forceps.*

D. Maria, 18 ans, culottière.

Primipare.

Rien de spécial dans les antécédents.

Bassin généralement rétréci.

Grossesse normale.

Entrée à la clinique le 6 décembre 1891.

Les douleurs ont commencé, ce même jour; à 8 heures du matin, ces douleurs, assez légères, reparaissent toutes les 10 ou 15 minutes.

Vers midi, elles ont cessé, pendant deux heures, pour reprendre ensuite; ces douleurs persistent jusqu'au lendemain matin; elles rendent la palpation très difficile.

A 1 h. 1/4, les douleurs s'accroissent et reviennent à intervalles assez fréquents, environ toutes les 10 minutes.

A 1 h. 20, les douleurs sont plus tenaces et plus rapprochées.

A 2 h. les douleurs redoublent et sont continues.

Le col est à peu près complètement dilaté et la tête a descendu considérablement.

A 3 h. 1/4, les douleurs redoublent, on donne un peu de chloroforme à la parturiente; on rompt la poche des eaux.

A 4 h. 1/4, les douleurs sont exagérées et inefficaces, on continue à donner un peu de chloroforme.

Enfin, comme l'accouchement ne se fait pas, on décide l'application du forceps sous anesthésie au chloroforme.

L'enfant pèse 3050 grammes avec des diamètres céphaliques normaux.

OBSERVATION VII

Bassin rétréci. Douleurs exagérées. Chloral. Agitation nerveuse.

R. Léa, 19 ans, domestique.

Primipare; bassin rétréci; le diamètre P. S. P. = 11 cm.

Entrée à la Maternité, le 11 mai 1903.

Le 20 mai, à 8 h. 1/2, début des douleurs sans dilatation.

Le 21 mai, pas de dilatation, à 5 h. 30, on donne 1 gramme de chloral. Les douleurs restent les mêmes, mais deviennent plus efficaces. A 7 heures, dilatation à 5 francs ; la malade est très agitée, sa peau est chaude, son pouls bat à 92.

A 7 h. 30, accouchement rapide sans incidents.

Enfant de 1900 grammes.

OBSERVATION VIII

Bassin transversalement rétréci. Rigidité anatomique du col. Météorisme abdominal. Douleurs exagérées. Agitation nerveuse. Chloroforme et forceps.

F..., 30 ans.

Entrée à la clinique le 23 février 1903.

Primipare.

Rien à noter dans les antécédents.

Réglée à vingt ans, très irrégulièrement, tous les trois ou quatre mois seulement.

Grossesse assez bonne malgré quelques vomissements et une constipation opiniâtre.

A l'examen du bassin, on trouve le promontoire très éloigné, médian presque inaccessible à 11 c. 1/2 à peu près ; le sinus sacro-iliaque gauche est plus vaste que le droit qui est peu profond, très facilement accessible. Un léger bourrelet saillant existe au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite. Il y a aussi un léger redressement de la cavité cotyloïde gauche. (D^r Plauchu.)

C'est un bassin redoutable, non pas à cause de la réduction du P. S. P. qui est légère, mais à cause du redressement des régions cotyloïdiennes qui rend l'arc antérieur mauvais et nécessite un accouchement prématuré artificiel. (Fochier.)

Le 6 mars, le col est long, cylindrique, épais, perméable à un doigt; introduction d'une bougie.

Le 7 mars, à 11 heures, introduction d'une deuxième bougie.

Le 8 mars, à 10 heures, le col s'est un peu assoupli, introduction d'une troisième bougie; grosses difficultés; rupture de la poche des eaux.

Le 9 mars, la malade n'a pas pris de douleurs, le col reste long, le segment inférieur commence à se constituer. M. le professeur Fochier introduit un ballon Champetier de Ribes, de petit calibre.

Le 9 au soir, à 10 heures, les douleurs ont apparu, lentes, espacées et ont progressivement augmenté; le ballon est retiré.

Le 10 mars, la malade a des douleurs irrégulières et inefficaces pendant toute la journée; le col est toujours long et le segment inférieur ne progresse pas.

Le 11 mars, tout semble avoir progressé légèrement, mais les douleurs restent irrégulières et peu efficaces.

Le 12 mars, les douleurs ont été nettement irrégulières toute la soirée et toute la nuit et peu efficaces.

A 4 heures du soir, le col est dilaté à plus de six centimètres, le segment inférieur est plus souple autour du col qui reste dur et résistant. Le bord de l'orifice externe s'est aminci et en le distendant par le toucher, on sent une grosse corde fibreuse. La malade est découragée, sa voix est rauque, elle a crié effroyablement tout le matin. Pour faciliter la dilatation du col, on sectionne le col à droite et à gauche sur une étendue de 3 millimètres. L'abdomen est fortement météorisé.

A 9 heures du soir, l'état de la mère et de l'enfant paraissent plus inquiétants. Le météorisme s'est accentué et remonte jusqu'à la base de l'appendice xyphoïde. La parturiente est dans un état de nervosisme extrême et d'angoisse croissante; elle réclame avec insistance une intervention; les douleurs sont toujours aussi irrégulières.

A ce moment, le toucher révèle que le col s'est assoupli et dilaté à 7 centimètres en même temps que la constitution du segment inférieur a progressé. On conclut à la possibilité d'une application de forceps après dilatation manuelle du col.

A 9 heures 1/2, la malade est anesthésiée; on fait deux prises successives de forceps avec tractions sur les lacs, pendant environ cinquante minutes, en ne dépassant jamais 30 kilogrammes au dynamomètre; pour dilater progressivement le col. On ne perçoit pas de ressaut brusque, ce qui confirme l'impression d'un bassin rétréci de haut en bas et on a la sensation nette du passage à frottement dur de l'extrémité céphalique.

L'enfant naît en état de mort apparente, il pèse 2480 grammes, la tête est dure, ossifiée, allongée en pain de sucre avec des diamètres céphaliques normaux.

OBSERVATION IX

Bassin aplati. Douleurs exagérées. Chloral. Forceps.

M... Joséphine, 29 ans, ménagère.

Primipare.

Entrée à la clinique le 13 avril 1890, à 10 heures du matin.

Pas d'antécédents.

Grossesse normale.

Le 14 avril au matin, apparaissent les douleurs.

Pendant le toucher, la malade perd une quantité considérable de liquide amniotique.

La tête du fœtus est dure, volumineuse, mobile au-dessus du détroit supérieur.

A 2 heures du soir, les douleurs commencent à devenir irrégulières, continues; l'engagement ne progresse pas.

A 9 heures du soir, la tête commence à se fixer en O I G T; les sutures et les fontanelles sont étroites, les os très durs. Les contractions sont toujours très nombreuses, très douloureuses. En diverses fois, la malade a pris six grammes de chloral.

Le 15, à 4 heures du matin, la dilatation du col est complète, la tête est engagée; les douleurs restent intenses, irrégulières. La tête est en O I G T; la petite fontanelle, un peu avant, a disparu par le chevauchement des deux pariétaux sur l'occipital réduit. La tête a d'ailleurs progressé et est engagée.

On fait une application de forceps bi-pariétale régulière; la branche gauche se trouve amenée au niveau du promontoire. On fait des tractions sur les lacs qui ont duré un quart d'heure avec des tractions de 70 kil. au dynamomètre; l'extraction a donc été très pénible.

L'enfant pèse 3300 grammes; la tête est dure, bien ossifiée, irréductible, mais ses diamètres céphaliques ne sont pas exagérées.

Occipito-frontal = 11 centimètres.

Sincipito-mentonnier = 14 cm. 5.

Bi-pariétal = 8 cm. 7.

Sous-occipito-bregmatique = 9 centimètres.

A l'examen du bassin, on trouve un promontoire très élevé accessible à 11 centimètres au moins et un arc antérieur régulier.

OBSERVATION X

Bassin généralement rétréci. Accouchement provoqué.

Douleurs exagérées. Chloral. Forceps.

H..., Marie-Thérèse, 23 ans, couturière.

Primipare.

Entrée à la clinique le 16 juillet 1900.

Père bien portant. Mère morte en suites de couches de son onzième enfant (cinq enfants morts en venant au monde), cinq frères ou sœurs bien portants.

La malade a marché à deux ans et demi. Signes nets de rachitisme dans l'enfance (gonflement des articulations). N'a jamais été malade.

Réglée à quatorze ans irrégulièrement, sans douleurs.

Pertes blanches légères, en dehors de la grossesse.

Pas de malaises pendant la grossesse.

Ventre en bon état; quelques vergetures à gauche.

La tête est haute et mobile; eau abondante; O I G T.

Diaphragme vaginal. Arc antérieur passable à droite, mauvais à gauche.

Le diamètre promonto-sous-pubien = 10 1/2.

Le 17 juillet, à 9 h. 3/4, on met une bougie en arrière et à gauche. Le col est long, lisse, mou, complètement fermé; l'orifice externe est perméable à la pulpe de l'index.

Le 18, à 9 h. 1/2; on enlève la bougie. Le col est long (3 centimètres), très mou, ouvert à 1 cm. 1/2. On décolle les membranes et on place deux bougies, l'une en avant et à gauche, l'autre en arrière.

Le 19, on enlève les deux bougies et on fait un lavage dans le col au laurénol. Le col a environ 2 centimètres de long; il est perméable à un doigt, la poche des eaux se forme; la tête est toujours très élevée: P. S. P. = 10 1/2.

Douleurs faibles toutes les cinq ou dix minutes.

Le 20, à 7 h. 1/2 du matin, les eaux se sont écoulées pendant que la femme se promenait, on évalue leur quantité à un litre environ; le col n'a plus qu'un demi centimètre de longueur.

On a donné un gramme de chloral pendant la nuit.

A 9 h. 1/2, le col est presque entièrement effacé; il existe encore une poche des eaux qui bombe pendant la douleur. Cependant, à chaque douleur, il s'écoule un peu de liquide amniotique. La tête est toujours au-dessus du détroit supérieur.

Douleurs assez fortes.

A midi, la tête commence à plonger.

A 6 heures du soir : Toute l'après-midi, douleurs violentes; on a donné un gramme de chloral à 5 heures.

La tête est fixée en O I G T; le col est dilaté à 4 ou 5 centimètres et assez mince.

Les douleurs sont fortes et surviennent toutes les 3 ou 4 minutes.

A 6 h. 1/2, on donne encore un gramme de chloral.

A 8 heures du soir, douleurs intolérables; flots d'albumine dans les urines; col assez souple. Bruits du cœur accéléré; on décide l'intervention.

On fait une prise de forceps asymétrique mastoïdo-frontale en O I G T et une deuxième prise, à peu près symétrique, en O I G A.

L'accouchement est terminé à 9 h. 1/4 du soir.

L'enfant pèse 2810 grammes avec les diamètres céphaliques suivants :

Occipito-frontal = 11 cm. 2.

Sincipito-mentonnier = 13 cm. 8.

Bi-pariétal = 8 cm. 4.

Sous-occipito-bregmatique = 8 cm. 8.

Le modelage de la tête consistait surtout en un allongement du diamètre antéro-postérieur.

OBSERVATION XI

Bassin aplati généralement rétréci. Douleurs exagérées.

G... Joséphine, 23 ans, sans profession.

Primipare.

Entrée à la clinique le 4 février 1902.

Père et mère vivants de santé médiocre.

Deux frères morts en bas-âge, l'un d'une broncho-pneumonie, l'autre de la rougeole; une sœur atteinte de bron-

chite chronique ; deux autres sœurs et un frère en bonne santé.

La parturiente a commencé à marcher vers deux ans et demi ; pas de maladie dans l'enfance ; chloro-anémie à seize ans ; réglée à seize ans, régulièrement.

Grossesse assez bonne ; quelques vomissements.

Les premières douleurs se font sentir le 4 février 1902, à 4 h. 30 du matin ; rupture de la poche des eaux à 1 h. 10 du soir ; à 1 h. 15, la parturiente passe à la salle des douleurs.

L'abdomen est volumineux, globuleux ; à la palpation on sent l'utérus médian, très gros et mobile, ce qui fait songer à un rétrécissement du bassin.

Le col est presque complètement dilaté ; la tête très serrée est fixée au D S en O I D T.

Les douleurs sont exagérées ; légère hémorragie.

A 1 h. 45, l'engagement est presque complet ; la tête se se met en O I D A.

Les douleurs expultrices continuent, la tête progresse rapidement.

A 1 h. 52, le dégagement se fait brusquement ; l'enfant naît assez faible, cyanosé (asphyxie violette) ; il ne respire pas, mais le cœur et le cordon battent. Quelques mouvements de respiration artificielle et un bain de 40° rétablissent la respiration.

L'enfant pèse 2850 grammes ; il existe un chevauchement marqué des pariétaux sur l'occipital et sur les frontaux et du pariétal gauche sur le droit, ainsi que du frontal droit sur le gauche.

Les diamètres céphaliques sont :

Occipito-frontal = 11 cm. 2.

Sincipito-mentonnier = 13 cm. 7.

Bi-pariétal = 9 cm. 3.

Sous-occipito-bregmatique = 9 cm. 3.

En examinant le bassin de l'accouchée on reconnaît qu'il est aplati, généralement rétréci avec un diamètre sacro-sous-pubien de 10 cm. 9.

OBSERVATION XII

*Bassin aplati. Accouchement provoqué. Dégagement rapide.
Chloroforme à la période d'expulsion.*

F... Marie, 21 ans, fleuriste.

Primipare.

Entrée à la clinique le 11 mars 1889.

Mère vivante en bonne santé.

Père mort tuberculeux à quarante-sept ans.

Un frère mort tuberculeux ; deux sœurs mortes, l'une à deux jours, l'autre à trois mois ; trois sœurs vivantes, un peu anémiques (l'une d'elle âgée de seize ans, aurait des déformations en arc de cercle des membres inférieurs).

La parturiente serait venue au monde avec plusieurs plaies qui furent pansées pendant assez longtemps au vin aromatique ; nourrie au sein par sa mère, elle fut malade jusqu'à l'âge de trois ans. C'est à cette époque seulement qu'elle commença à marcher ; mais ses deux pieds étaient déviés en dehors, si bien qu'elle marchait sur ses malléoles internes. A l'aide d'un appareil la marche fut possible dans une attitude normale, mais elle resta pénible et de ce moment datent les déformations des membres inférieurs.

Réglée à quatorze ans, régulièrement et abondamment.

A l'arrivée de la malade on constate une gracilité générale du corps et des membres ; incurvation notable des deux tibias en avant en même temps qu'ils sont aplatis en lame de sabre ; incurvation en dehors des fémurs ; chapelet costal peu marqué, dentition irrégulière, voute palatine un peu ogivale et profonde.

Le ventre est de volume moyen, plutôt un peu petit, vu l'âge de la grossesse qui paraît être de 8 mois 1/2.

Le fœtus est petit dans son ensemble ; la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Au toucher, on atteint facilement la face antérieure du sacrum, redressée, convexe en avant; le corps des vertèbres forme en avant des ailes une saillie considérable. L'articulation de la première et deuxième vertèbres sacrées est très saillante ainsi que celle de la deuxième et troisième. La première est tellement saillante qu'elle donnerait le change avec le promontoire. Ce dernier est élevé, formant une saillie d'au moins 2 centimètres au-dessus de la ligne innominée, saillant en avant sous forme d'un véritable bec.

Latéralement le doigt se dirige vers les symphises sacro-iliaques projetées assez en arrière des corps vertébraux. Vers la partie moyenne de la ligne innominée, la courbure se redresse pour se projeter même en dedans du bassin.

La projection des parties latérale de l'arc antérieur est plus marqué à gauche.

Le D. sacro-sous-pubien = 8 1/4 (Fochier) 11 mars. Dès l'arrivée de la parturiente dans la matinée on place une sonde.

Une heure après, seulement, des douleurs se déclarent; d'abord très faibles et très espacées, elles acquièrent vers le soir une certaine intensité. A 5 heures du soir, le col se ramollit et commence à s'effacer; le travail paraît bien réellement engagé.

12 mars. Le col est dilaté à 1 franc; on enlève la sonde à 1 heure du matin.

A midi, les douleurs sont de plus en plus fortes, la tête est défléchie au-dessus du détroit supérieur; poche des eaux énorme.

A 8 heures du soir, le col est complètement dilaté, poche des eaux résistante, piriforme, remplissant tout le vagin. Les douleurs reviennent très fortes. L'anneau de Bandl situé au-dessus de la tête se révèle pendant les douleurs, sous forme d'un cercle haut très résistant. La contraction utérine paraît débiter dans cette région qui se durcit avant le fond.

A 9 h. 1/2, douleurs plutôt moins intenses et moins rapprochées. La poche des eaux est percée pendant une douleur, il s'écoule environ un verre de liquide amniotique et l'on peut sentir la présentation; la tête s'engage difficilement.

A 10 heures, tout est dans la même situation.

A 10 h. 1/2, les douleurs très intenses arrachent à la malade des cris particuliers indiquant le passage du col (Fochier) et, contrairement à toute prévision, la tête descend d'un seul effort et se trouve à la vulve.

Pendant le dégagement il a fallu donner du chloroforme pour soulager la malade et en même temps maîtriser ses poussées trop énergiques; aussi, malgré l'étroitesse et la minceur de la vulve, il n'y a pas eu de déchirure du périnée.

La déformation extrême de la tête a été corrigée en partie pendant la longue manœuvre de dégagement mais elle est assez marquée et on peut encore la reproduire assez facilement. Les sutures lâches permettent des chevauchements très accentués, elle est très molle, essentiellement réductible.

L'enfant pesait 2350 gr.

OBSERVATION XIII

Accouchement provoqué. Douleurs exagérées. Chloral.

Le 14 mai 1890, la malade revient à la clinique au huitième mois et demi d'une seconde grossesse.

Le même jour, à 9 h. du matin, on lui introduit une sonde dans l'utérus à gauche et en arrière. Demi-heure après les douleurs de reins commencent accompagnées d'un écoulement sanguin assez abondant.

A 4 heures du soir, le col est mou, souple, dilaté à 0 fr. 50. Les douleurs ont presque cessé; la malade repose

une partie de la nuit, mais ressent par moment de violentes douleurs de reins.

A 8 heures du matin, la sonde est enlevée, le col est dilaté à 1 franc, la poche des eaux très tendue, et la malade se plaint de vives douleurs dans le bas-ventre; ces douleurs vont toujours en augmentant.

A 10 h. 1/4, on administre à la parturiente 2 grammes de chloral qui sont aussitôt rejetés.

A 10 h. 50, on donne 1 gramme de chloral dans de la limonade et on pratique le toucher; le col est à 3 francs, mou, mais non souple; la poche des eaux est toujours très tendue; la tête est mobile au détroit supérieur. La malade, très agitée, souffre beaucoup et l'on note que la douleur est à la fois courte et forte.

Malgré les douleurs qui gênent beaucoup, on fait le palper.

A 11 heures, on administre un nouveau gramme de chloral qui est bien supporté.

A 12 h. 40, la dilatation est complète, la poche des eaux volumineuse, tendue, remplit le vagin et arrive à la vulve. A ce moment, les douleurs sont plus fortes et deviennent expulsives.

A 1 h. 10, la malade pousse à outrance, on rompt la poche des eaux et il s'écoule de 4 à 500 grammes de liquide amniotique. La tête est au détroit supérieur en O I G T.

Au toucher, très douloureux pour la malade, le col est un peu revenu sur lui-même mais toujours dilatable.

A 1 h. 20 les douleurs se calment; toute envie de pousser a disparu.

A 2 heures, devant l'inertie de la malade, on fait une application de forceps au détroit supérieur en prise mastoïdo-frontale, sous anesthésie au chloroforme.

L'enfant pèse 2500 grammes avec les diamètres céphaliques suivants :

Occipito-frontal = 10 3/4.

Sincipito-mentonnier = 12 1/2.

Bi-pariétal = 7.

Sous-occipito-bregmatique = 8 3/4.

Il y a chevauchement du pariétal gauche sur le droit et sur l'occipital.

OBSERVATION XIV

Bassin généralement rétréci. Douleurs exagérées. Chloral.

Forceps.

L..., Marie, 19 ans.

Primipare.

Entrée à la Clinique, le 7 mars 1900.

Réglée à dix ans, régulièrement: ni pertes blanches, ni fausses couches, vomissements et nausées au début de la grossesse.

Bassin un peu généralement rétréci.

Début des douleurs le 6 avril à 6 heures du soir. Les douleurs sont violentes à intervalle de 1 à 2 minutes. La tête s'amorce. On sent la fontanelle à travers le segment inférieur: OIGT non fléchie.

A 6 h. 30 on donne à la parturiente un gramme de chloral qui semble calmer un peu ses douleurs.

A 9 heures, au toucher, le segment inférieur est plus souple, l'engagement de la tête a progressé, le col est dilaté à 50 centimes, comme les douleurs s'exagèrent on donne un deuxième gramme de chloral.

Le 7 avril, à 7 heures du matin, le col est dilaté à un franc, les douleurs ont été exagérées toute la nuit, la malade souffre beaucoup et ne supporte pas le toucher, on lui redonne 2 grammes de chloral.

A 9 heures, comme la tête ne progresse pas, on pratique l'anesthésie et l'on applique un forceps dans l'excavation.

L'enfant, un garçon vigoureux, pèse 3240 grammes, il

a du chevauchement des pariétaux sur l'occiput et sur le frontal ainsi que du pariétal droit sur le gauche.

Voici les diamètres de la tête :

Occipito-frontal = 11 cm. 1.

Sincipito-mentonnier = 13 cm. 4.

Bi-pariétal = 9 cm. 2.

Sous-occipito-bregmatique = 9 cm. 2.

OBSERVATION XV

Bassin aplati. Douleurs exagérées. Chloroforme.

T..., Joséphine, 19 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de suites de couches péritonite, elle avait également une bronchite chronique. Père vivant et bien portant.

Antécédents collatéraux. — Cinq frères dont deux sont morts en naissant, les trois autres sont en bonne santé. Une sœur qui n'a jamais été malade.

Antécédents personnels. — Rougeole dans la première enfance. A 7 ans fluxion de poitrine, s'enrhume facilement l'hiver. La malade a marché à l'âge de 11 mois, elle ne se tient pas très droite et penche un peu sur le côté droit en marchant. Réglée à 13 ans, abondamment, mais irrégulièrement.

Histoire de la grossesse. — Pendant les quatre premiers mois le caractère de la parturiente s'est modifié, elle est devenue très irritable. Elle a eu des envies portant surtout sur les aliments. Un peu d'insomnie, fatigue et lassitude générale empêchant tout travail, syncopes fréquentes, presque quotidiennes, un peu d'anémie sans troubles circulatoires spéciaux : anorexie, vomissements journaliers surtout le matin, nausées fréquentes, etc. Tous ces accidents ont disparu du jour où la mère a senti

remuer son enfant. Il faut noter aussi une légère constipation et des pertes blanches assez abondantes pendant la grossesse.

Ici nous plaçons l'examen du bassin de la parturiente pratiqué dès son arrivée à la salle des expectantes le 5 décembre 1900.

Promontoire en situation normale, à peine saillant, un peu dévié à gauche. Le diamètre promonto sous-pubien est de 10 cm. 5. L'arc antérieur droit est bon, à courbure normale plutôt exagérée. On perd le détroit supérieur au niveau de l'arc postérieur droit. A gauche l'arc antérieur est redressé, on sent facilement le côté gauche jusqu'au promontoire. Pubis normal. Les épines sciatiques sont saillantes: la gauche l'est davantage et paraît plus élevée.

Travail. Inspection. — La parturiente arrive à la salle des douleurs le 13 décembre 1900 à 6 heures du matin, on l'examine à 10 heures. Le ventre est gros volumineux, la peau présente un grand nombre de vergetures bleuâtres surtout sa surface, autour de l'ombilic vergetures rayonnées. La ligne blanche est assez fortement pigmentée, l'utérus médian volumineux, mobile, se dessine nettement et prend une forme piriforme pendant les douleurs.

Auscultation. — Les battements sont réguliers, bien frappés à 132 par minute.

Palpation. — La tête plonge dans l'excavation; on perçoit nettement le front à droite et le dos à gauche. Sous l'influence du palper, les douleurs s'exagèrent et se multiplient; au lieu de se produire toutes les cinq minutes, comme auparavant, elles apparaissent maintenant toutes les deux minutes. Elles ont commencé à une heure du matin; elles sont très vives et durent environ une minute et demie, quelquefois même deux minutes. Dans l'intervalle, la parturiente accuse des douleurs sourdes dans les reins, douleurs qui s'exagèrent au moment des contractions utérines. Pendant celles-ci, l'utérus se dessine en forme de poire sous l'abdomen tendu: il est très dur.

Toucher. — La poche des eaux est rompue. Le col est mince, souple, dilaté à 4 centimètres. La tête plonge. On perçoit le cuir chevelu et la suture sagitale; il y a un peu de chevauchement du pariétal postérieur sur l'antérieur et des deux pariétaux sur l'écaille de l'occipital; la tête est en O I G T, non fléchie.

A 10 h. 35, on avait pratiqué douze touchers, à la suite desquels on fait un lavage vaginal. A ce moment, les douleurs sont exagérées; elles sont plus rapprochées et de plus en plus fortes, avec des douleurs lombaires plus accentuées. Le col est œdématié; la tête toujours en O I G T.

A 11 h. 10, les douleurs deviennent continues et intolérables; la parturiente est très agitée et cherche à se jeter hors de son lit. A ce moment, le col est dilaté à 6 centimètres; quatre inhalations de chloroforme rendent la malade plus sage.

A 11 h. 45, les douleurs expultrices apparaissent toutes les trois minutes environ.

Au toucher, la dilatation est complète; on ne sent plus le col. La tête est en O I G A; il y a un chevauchement très accusé des pariétaux sur l'occipital.

A midi 25, la tête refoulée frotte derrière le pubis, entraînant devant elle la colonne antérieure du vagin que l'on repousse à l'aide de deux doigts. Le périnée antérieur est très tendu et luisant.

Les douleurs deviennent moins fortes. La tête présente des mouvements alternatifs d'apparition à la vulve et de retrait. Ensuite, la bosse sanguine apparaît coiffée de la vulve, dont la commissure postérieure, tendue, est légèrement infiltrée. Les douleurs continuent. Le périnée semble prêt à se déchirer. La parturiente accuse des souffrances très vives.

A midi 35, la tête se fixe, et, à midi 40, le dégagement se fait sans difficulté.

L'enfant est un garçon vigoureux qui pèse 3,025 grammes. La tête présente une dépression en gouttière de

0 m. 005 millim. de profondeur et s'étendant de la fosse temporale gauche à la bosse pariétale. Voici les diamètres de la tête :

Occipito-frontal = 11 cm. 10.

Sincipito-mentonnier = 14 cm. 2.

Bi-pariétal = 9 cm. 1.

Sous-occipito-bregmatique = 9 cm. 5.

OBSERVATION XVI

Bassin aplati. Douleurs exagérées.

S... Françoise, 32 ans, domestique.

Entrée à la clinique le 1^{er} mai 1899.

A déjà eu deux accouchements ayant nécessité, le premier, la version et le second, l'application du forceps.

Bassin aplati diamètre promonto-sous-pubien = 11 cm.; le sacrum est déformé en bas, portant sa sa pointe trop en avant.

Premières douleurs le 4 mai, à minuit; rupture des membranes à la même heure.

Le soir, à trois heures, entrée à la salle des douleurs; la parturiente a un faciès anxieux, elle souffre violemment.

Le toucher est pratiqué difficilement, car la malade s'agite continuellement.

A 3 h. 45, le dégagement se fait spontanément et sans incidents.

L'enfant pèse 3240 grammes avec des diamètres céphaliques normaux.

OBSERVATION XVII

Bassin aplati. Douleurs exagérées. Chloral.

U... Césarine, chemisière, 18 ans.

Primipare.

Entrée à la clinique le 11 mars 1895.

Pas d'antécédents, ni héréditaires, ni personnels.

Règles irrégulières, abondantes, avec retards.

Le 11 mars, à 9 heures du matin, le col est très mou, non dilaté, la tête fixée en OIDP.

Douleurs très faibles, se produisant toutes les dix minutes environ.

Le 12 mars, à 9 heures du matin, la gestante accuse des douleurs assez fortes toutes les 5 minutes; le col est dilaté à 2 cm. de diamètre.

Douleurs intenses jusqu'à midi. A ce moment le col est dilaté à 3 cm., les douleurs conservent la même intensité.

On donne dans l'espace de 45 minutes, 1 gramme de chloral qui provoque des vomissements bilieux très abondants.

A 3 h. 25, les douleurs sont plus intenses, expulsives.

A 4 h. 5, la dilatation est à peu près complète; on rompt la poche des eaux et la tête s'engage en OIDT.

A ce moment, on observa une saillie du coccyx qui paraît mettre obstacle à l'engagement complet de la tête.

A 4 h. 20, les douleurs expulsives sont très fortes, toutes les 1 ou 2 minutes, en huit ou dix douleurs, la tête franchit le détroit inférieur et se fixe en droite antérieure.

Le dégagement se fait sans incidents.

L'enfant pèse 3200 grammes avec des diamètres céphaliques un peu au-dessus de la normale.

Il y a du chevauchement très marqué des sutures avec une dépression au niveau de la fosse temporale droite qui a dû être faite par la saillie coccygienne.

OBSERVATION XVIII

P... Louise, 23 ans, lingère.

Bassin aplati, douleurs expulsives excessivement fortes.

OBSERVATION XIX

B... Maria, 30 ans, gantière.

Primipare, bassin latéralement rétréci, OIGP non fléchie; douleurs exagérées, chloroforme à la reine; forceps dans l'excavation.

.....

- 7 DG

4° Contractions utérines exagérées avec persistance de la douleur dans l'intervalle des contractions.

IV. Les douleurs exagérées peuvent exercer une influence défavorable :

- 1° Sur la marche du travail;
- 2° Sur la mère;
- 3° Sur le fœtus.

V. Le chloral et le chloroforme sont les agents thérapeutiques qui semblent le mieux appropriés à diminuer et même supprimer les douleurs exagérées tout en permettant au travail de reprendre sa marche normale dans les cas où celle-ci est troublée par elles.

VU :

Le Président de la Thèse

H. SOULIER.

VU :

Pr le Doyen : l'Assesseur,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 24 juin 1904.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLFELD. — *Arch. f. Gyn.*, II et V.
ARNOZAN. — Précis de Thérapeutique, 1903.
AUVARD. — Traité pratique d'accouchement, 1898.
BLOT. — *Th. d'Agr.*, Paris, 1837.
BUDIN. — *Bulletin médical*, 1889.
CAMPBELL. — *Journal de thérapeutique de Gübler*, 1874.
CAMPBELL. — Considérations nouvelles sur l'anesth. obstétr., 1877.
CAZEAUX. — Traité pratique et théorique de l'art. des acc., 1867.
CHARPENTIER. — Traité d'accouchements, 1887.
COHNSTEIM. — *Arch. f. Gyn.*, XVIII.
DOLERIS et MALARTIC. — Comm. à la Soc. d'Obst. de Gyn. et de Ped., (19 nov. 1900).
DROUET. — *Thèse de Paris*, 1887.
DUMONT-PALLIER. — *Union médicale*, 1878.
DUTERTRE. — *Thèse de Paris*, 1882.
ÉVROT. — *Thèse de Lyon*, 1894.
FOCHIER. — *Lyon médical*, 1878.
FRANKENHÄUSER. — *Jen. Zeitschr. f. Med. u. Nat. Wiss.*, I, 1864.
FRARIER. — *Thèse de Lyon*, 1899.
GUINIER. — *Thèse de Montpellier*, 1887.
GUISONI. — *Thèse de Lyon*, 1902.
HENNIG. — *Arch. f. Gyn.*, XIV.
HERVIEUX. — *Union médicale*, 1878.
JASTREBOFF. — *Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1884.
LITZMANN. — L'accouchement dans les rétr. du bassin, 1899.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Union médicale*, 1878.
LUYS. — *Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie*, 1893.
MERRIMAN. — Synopsis of parturition.
MANQUAT. — Traité de Thérapeutique.

- NAEGELE. — Lehrbuch der Geburtshülfe.
PÉNARD et ABELIN. — Guide de l'acc. et de la sage-femme, 1896.
PINARD. — *Th. d'Agr.*, Paris, 1878.
QUEIREL et REYNAUD. — *Frommels Jahresberg*, 1901.
RIBEMONT-DESSAIGNES. — Traité d'obstétrique, 1904.
RICHET. — *Thèse de Paris*, 1877.
RIGSBY. — System of midwifery.
SCHÆFFER. — Experimente über Wehenhæftigkeit, Berlin, 1896.
SCHATZ. — Wehenexperimente. *Arch. f. Gyn.*, 27.
SCHROEDER. — *Virchow's Arch.*, 33.
SOULIER. — Traité de Thérapeutique.
SPIEGELBERG. — *Zeitschr. f. rat. Med.*, III Reihe, Bd II, 1838.
TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des acc.
TARNIER et CHANTREUIL. — Traité d'accouchements.
VELPEAU. — Traité des accouchements.
VIAULT et JOLIET. — Traité de phys. hum., 1898.
VON WINCKEL. — Handbuch der Geburtshülfe, 1904.
WERTH. — In *Müllers Handb. der Geburtsh.*
WESTERMARCK. — *Skand. Arch. f. Phys.*, 1892.

